



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE COCLÉ
DR. BERNARDO LOMBARDO

BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR EN LAS ESCUELAS
DEL DISTRITO DE PENONOMÉ AÑOS 2001 – 2003

BETSY L. TUÑÓN C.

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA CON ESPECIALIDAD EN
ADMINISTRACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL SECTOR
SALUD

PENONOMÉ, PROVINCIA DE COCLÉ
REPÚBLICA DE PANAMÁ

2005

PÁGINA DE APROBACIÓN

Tesis Titulada

“BENEFICIOS DEL PROGRAMA ESCOLAR EN LAS ESCUELAS DEL
DISTRITO DE PENONOMÉ AÑOS 2001 - 2003.”

Presentada por la Licenciada Betsy Lorena Tufión Cedeño,
para optar por el título de MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.

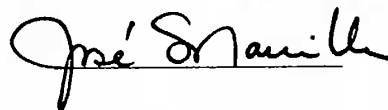
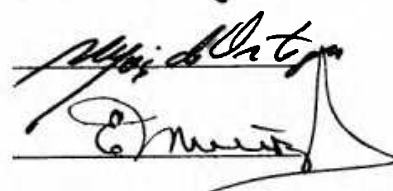
APROBADO POR:

Mgter. Ricaurte Tufión
Director de la Tesis

Dra. Betty Gómez
Miembros del jurado

Mgtra. Hermila Muñoz
Miembros del jurado

Representante de la
Vicerrectoría de
Investigación y
Post- Grado



FECHA: 20/8/05

ST

15 DIC 2005

AUTOR

DE

OBSEQUIO

13262

Dedico este trabajo con todo mi amor a mi hija María Victoria y a mi esposo Edilberto, quienes en todo momento, me brindaron su apoyo y comprensión para lograr tan anhelada meta.

A mis padres Genaro y Lourdes, a mis hermanas Doralys, Ileana, Marixenia y a mis cuñados Inos y Nelson, quienes me ofrecieron soporte y consejos que fueron estímulos para la realización de este trabajo.

Agradezco de forma especial a mi asesor, profesor Ricaurte Tuñón, por toda la orientación en la elaboración de esta investigación. Al personal de salud por facilitarme información valiosa y a todas las personas que contribuyeron a que alcanzara mi objetivo.

INDICE

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	1
Introducción.....	3
Capítulo I	
Aspectos Generales.....	5
1. Antecedentes.....	6
2. Área de estudio.....	9
2.1 Aspectos geográficos.....	9
2.2 Aspectos sociales.....	10
a) Población.....	10
b) Indicadores demográficos.....	10
c) Vivienda.....	11
d) Educación.....	12
e) Salud.....	12
f) Pobreza.....	14
3. Objetivos.....	16
3.1 Objetivo General.....	16
3.2 Objetivo específico.....	16
4. Limitaciones del estudio.....	17
5. Justificación.....	18
6. Propósito.....	20
Capítulo II	
Marco Teórico.....	21
1. Salud y Educación.....	22
2. Variables del estudio.....	25

3. Programa escolar.....	25
a) Definición del programa escolar.....	25
b) Objetivos del programa escolar.....	26
b.1) Objetivo general.....	26
b.2) Objetivos específicos.....	26
c) Población objetivo.....	27
d) Principales problemas que confronta.....	27
e) Mortalidad y Morbilidad.....	28
f) Estrategias	28
g) Prioridades.....	29
h) Comité de salud.....	29
h.1) Funciones de los miembros.....	30
i) Áreas del programa.....	31
i.1) Área de crecimiento y desarrollo.....	31
i.1.1) Objetivo.....	32
i.1.2) Población objetivo.....	32
i.1.3) Responsables.....	32
i.1.4) Contenidos programáticos.....	33
i.2) Área de alimentación, nutrición y producción de alimentos.....	35
i.2.1) Objetivo.....	36
i.2.2) Población objeto.....	36
i.2.3) Responsables.....	36
i.2.4) Contenidos programáticos.....	38
i.3) Área de salud bucal del escolar.....	39
i.3.1) objetivo.....	40
i.3.2) Población objeto.....	40
i.3.3) Responsables.....	40
i.3.4) Contenidos programáticos.....	40
i.4) Área de salud ambiental.....	42
i.4.1) Objetivo.....	43
i.4.2) Población objeto.....	43

i.4.3) Responsables.....	43
i.4.4) Contenidos programáticos.....	44
Capítulo III	
Metodología.....	46
A. Planteamiento del problema.....	47
B. Definición operacional de las variables.....	48
C. Fuente de información.....	51
D. Población estudiada.....	51
D.1 Universo y Muestra.....	51
D.2 Unidad de observación.....	51
E. Criterios de inclusión y exclusión.....	52
F. Diseño metodológico.....	52
E.1 Tipo de diseño y de estudio.....	52
G. Instrumento a utilizar.....	53
H. Plan de análisis.....	53
Capítulo IV	
Resultados y Análisis.....	54
A.1 Cuadro I.....	56
A.2 Cuadro II.....	61
A.3 Cuadro III.....	64
A.4 Cuadro IV.....	66
Conclusión.....	70
Recomendaciones.....	72
Bibliografía.....	74
Anexo.....	75

INDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Control de crecimiento. (peso).....	75
Fig. 2. Control de crecimiento. (talla).....	75
Fig. 3. Atención odontológica a los escolares.....	76
Fig. 4. Educación odontológica.....	76
Fig. 5. Atención de Medicina General.....	77

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N°1. Coberturas de crecimiento y desarrollo del programa escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001- 2003.....	81
Gráfica N° 2. Escolares que ingresan con esquema completo de vacuna (K y I) del programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001-2003..	82
Gráfica N° 3. Escolares de K y I que completan su esquema de vacuna del programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	83
Gráfica N° 4. Escolares de VI grado con esquema completo de vacuna del programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001- 2003.....	84
Gráfica N° 5. Pruebas de visión realizadas en el programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	85
Gráfica N° 6. Pruebas de audición realizadas en el programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	86
Gráfica N° 7. Niños de VI con constancia de certificado de salud del programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	87
Gráfica N° 8. Escolares encuestados en cuanto a estado nutricional del programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	88
Gráfica N° 9. Bajo peso en escolares matriculados (K, I y II) según peso y talla del programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	89
Gráfica N° 10. Escolares recuperados del programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001- 2003.....	90
Gráfica N° 11. Escolares a quienes se les enseñó técnica de cepillado en el programa de salud escolar de las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	91
Gráfica N° 12. Escolares protegidos con flúor en el programa de salud escolar de las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	92
Gráfica N° 13. Escolares con tratamiento terminado en el programa de salud escolar de las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 - 2003.....	93
Gráfica N° 14. Edificios escolares inspeccionados en el programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	94

Gráfica N° 15. Edificios escolares mejorados en el programa de salud escolar en la: escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	95
Gráfica N° 16. Manipuladores capacitados en el programa de salud escolar en la: escuelas del distrito de Penonomé. Año 2001 – 2003.....	96

RESUMEN

El Programa de Salud Escolar del Distrito de Penonomé dirigido a niños de edades comprendidas entre los 5 y 12 años persigue la implementación de estrategias conceptuales y prácticas por medio de actividades que promueven un buen estado de salud. El propósito de esta investigación fue conocer los beneficios del programa de salud escolar en el Distrito de Penonomé durante los años 2001 al 2003. Las variables bajo estudio fueron: el crecimiento, nutrición y producción, la salud bucal y la supervisión de las condiciones del ambiente escolar. El diseño fue no experimental y retrospectivo de tipo descriptivo. La investigación de campo se enfoca en las escuelas incluidas en el programa de salud escolar; aquí, se utilizarán valores relativos.

Los resultados obtenidos indican que el porcentaje en las coberturas de crecimiento y desarrollo ha aumentado; para el 2001 fue de 25.3%, para el 2002 alcanzó un 47.5% lo que aumentó un 22.2% con respecto al 2001; ya para el 2003 se logró un 85.6%, es decir, que aumentó 60% con respecto al 2001. Todos los niños son inmunizados en un 100%; muchos niños bajo peso al principio de año escolar, alcanzan pesos normales en el transcurso del año debido a la existencia del comedor escolar. En cuanto a salud bucal, los grados atendidos por odontología se benefician en un 100%; en el área de saneamiento ambiental, el porcentaje de edificios escolares inspeccionados en los dos últimos años, es mayor al 50%. En general, el programa de salud escolar ofreció beneficios a esta población.

Palabras clave: crecimiento, nutrición, salud bucal, inspección de sanidad escolar.

SUMMARY

The School and Health Program of the Penonome District conducted among children between the ages of 5 and 12 years pursues the implementation of conceptual and practical strategies by means of activities that promote a healthiness status. The purpose of this research was to know the benefits of the school and program and health program of the Penonome District between the years 2001 to 2003. The variables studied were: growing, nutrition and production, the bucal healthiness and the supervision of the conditions of the school environment. The design was non-experimental and retrospective that characterizes as descriptive. The action research focuses in the schools included in the program of school and health program. To analyze these data, absolute values will use.

The results obtained show that the percentage in the growing areas have increased; in 2001 was 22.3% for 2002 reached 47% that improved 22% in regard to 2001; in 2003 85.6% was obtained; that is, 60% increased in relation to 2001. all the children are 100% immunized; many children with bad nutrition, at the beginning of the year, got a normal nutrition status due to the existence of the school nutrition program. In regard to the bucal healthiness, the school grades attended by Odontology benefited 100%; in the school sanitation area, the percentage of school centers registered is 50% bigger than the last years. In general, the school and health program offered benefits to this population.

Key words: growth, nutrition, bucal healthiness, inspection of environmental sanitation.

INTRODUCCIÓN

Elevar el nivel de salud de la población infantil en edad escolar (5 a 12 años) mediante actividades de promoción, conservación y recuperación de la salud para el óptimo desarrollo de sus potencialidades físicas, mentales y sociales, es el objetivo primordial que persigue el programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé. Dicho programa cuenta con servicios de salud, que incluyen exámenes médicos, salud buco - dental, detección de problemas de audición, visión, lenguaje y postura.

Se inició, en Panamá, en el siglo XX desde el año 1966 y ha tenido sus modificaciones y mejoras. En la Región de Salud de Coclé se asignó un coordinador a partir de la década de 1980, y a nivel Distrital a partir del 2003.

El propósito de esta investigación es conocer los beneficios que ha ofrecido el programa de salud escolar en el distrito de Penonomé, entre los años 2001 y 2003. Ello permitirá conocer sus deficiencias y limitaciones en el logro de sus objetivos y sugerir recomendaciones que ayuden a su ejecución.

Para ello, se describen los beneficios del programa en el área de crecimiento y desarrollo, alimentación y producción, salud bucal y salud ambiental; se analizará el porcentaje de cobertura del programa, a través de los años de estudios señalados, y se

identificarán las deficiencias y limitaciones. Se empleará un diseño de investigación no experimental retrospectivo, siendo el estudio de tipo descriptivo, cuyo universo son todos los escolares de las escuelas incluidas en el programa de salud escolar del área de estudio. Para el análisis de los datos se emplearán valores absolutos y relativos.

Se utilizó, como fuente de información, los informes anuales del programa escolar a nivel Distrital, y como instrumento para la recolección de datos, el formulario de programación y evaluación confeccionado por el Ministerio de Salud. (Anexo N° 1)

El trabajo se encuentra estructurado de la siguiente manera: capítulo I, aspectos generales del estudio; capítulo II, marco teórico; capítulo III, metodología y el capítulo IV, resultados y análisis.

CAPÍTULO I
ASPECTOS GENERALES

1. ANTECEDENTES

La Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) en 1995 señala que, en la mayoría de los países, se ofrecen servicios de salud dirigidos al escolar para detectar problemas de audición, visión, postura, lenguaje, pie plano, desnutrición, caries, y otros, que puedan afectar el aprovechamiento escolar, por lo que se propone como fin primordial educar a la niñez y a la juventud en aspectos que les permitan cuidar su salud.

El programa de salud escolar en nuestro país se inició en el siglo XX y en el transcurso de los años ha tenido mejoras. A continuación algunas fechas relevantes en su desarrollo:

- 1966: Se inicia el programa de Salud escolar. Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública.
- 1969: Se forma el Comité de Salud Escolar a Nivel Nacional formado por el Ministerio de Educación, Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Agricultura, coordinado por el Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud.

- 1970: Se elabora la Primera Norma del Sub – Programa de Salud Escolar en Panamá.
- 1980: Se inicia la revisión del Sub – Programa en base a la Norma de 1970.
- 1980: Se crea la Comisión Técnica del Sub – Programa Sector Salud (Salud Bucal, Salud Ambiental, Nutrición, Salud Mental, Materno Infantil, Representantes de la Región Metropolitana).
- 1981: Se crea la Comisión Intersectorial del Programa de Salud Escolar.
- 1982: Se firmó el Primer Acuerdo Intersectorial del Programa de Salud Escolar.
- 1985: Se firma el Acuerdo Intersectorial para la Ejecución del Programa Nacional de Salud Escolar por los ministerios de Salud, Desarrollo Agropecuario, Educación e Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, Caja de Seguro Social y Confederación de Padres de Familia.
- 1988: Se hace la Primera Revisión de las Normas del Programa Nacional de Salud Escolar.

- 1991: Se hace la Segunda Revisión de las Normas del Programa Nacional de Salud Escolar.

En la Región de Salud de Coclé se asignó un coordinador a partir de la década de 1980 y a nivel Distrital, a partir del año 2003. A nivel Distrital se ha desarrollado el Programa, sin embargo para el año 2001, no se realizó un informe Distrital de sus logros, sino que cada Centro de Salud llevó su información y se presentó a nivel Regional.

2. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio la constituye el Distrito de Penonomé, el cual posee las siguientes características:

Penonomé es el distrito cabecera de la provincia de Coclé, está constituido por 10 corregimientos; tiene una extensión territorial de 1,699.7km² y cuenta con una población de 72,448 habitantes, cuya proporción de hombres es de 51.4% y la de mujeres de 48.6%. La densidad de población es de 42.6 habitantes/km², en comparación con una densidad de población de 35.9 y 41.9 habitantes/km² para 1990 y 2000 respectivamente. De los 10 corregimientos, 9 son considerados área rural y sólo una parte del corregimiento de Penonomé cabecera, es considerado área urbana. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá 2002, el distrito de Penonomé, presentaba en 1990 un Índice de Pobreza Humana de 23.5% , sin embargo para el año 2000 disminuyó a 15.8%.

2..1 Aspectos geográficos

El distrito de Penonomé tiene una forma alargada y se encuentra en la parte central de la provincia. Tiene una extensa llanura al sur y se encuentra rodeado al norte por la cordillera central, caracterizándose por una vegetación de llanura y praderas. La mayor parte del distrito tiene clima tropical de sabana y en las tierras altas se da el

clima templado. Los ríos más importantes son: Coclé del Sur, Río Grande, Zaratí, Toabré y Río Indio.

2.2 Aspectos sociales

a) Población

La estructura de la población ha variado en los últimos años. La población del distrito de Penonomé era de 48,335 habitantes para 1980, en 1990 fue de 61,044 habitantes y para el 2000 pasó a 72,448 habitantes (Censos Nacionales de 1980, 1990 y 2000).

A pesar de que se habla de un decrecimiento relativo de la población rural sobre la urbana, la primera sigue creciendo a un ritmo importante en términos absolutos, lo que tiene un efecto importante sobre la biodiversidad. El deterioro del medio ambiente por la quema, la agricultura tradicional, la ganadería extensiva, principalmente de la superficie de la tierra productiva, pone en peligro la seguridad alimentaria de la población.

b) Indicadores demográficos

Según datos estadísticos de la provincia de Coclé, la tasa de fecundidad (número de hijos por mujer) en el distrito de Penonomé, ha disminuido de 93.1 en 1999, a 92.4

para el año 2000. La mortalidad infantil (defunciones de menores de un año por cada 1000 nacidos vivos) también ha sufrido un descenso, para el año 2000 fue de 1,646.4.

Los factores que más influyen en la tasa de mortalidad infantil son la falta de un mayor acceso a los servicios de salud, vivienda y educación. Por otro lado, la fecundidad que es uno de los indicadores demográficos más importante en el crecimiento y estructura de la población, se ve afectada por una mayor educación de la mujer joven, por su acceso al mercado laboral y a la atención de salud reproductiva. La esperanza de vida para el distrito de Penonomé tiene un valor de 73.1 años, con un promedio de 70.1 años para los hombres y 75.4 años para las mujeres según el informe de desarrollo humano Panamá 2002.

c) Vivienda

Las condiciones de la vivienda y de los servicios básicos permiten conocer el nivel de vida de la población del distrito. El 67.2% de las viviendas en el distrito de Penonomé poseen materiales aceptables con relación a piso de cemento, techo de zinc y paredes de bloques, según criterios de durabilidad y salubridad. La cobertura de viviendas con servicios básicos aceptables (agua potable, saneamiento y electricidad) fue para el año 2000 de 42.2%, según el Informe Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2000. Estos indicadores son importantes porque existe una relación entre vivienda inadecuada, recursos económicos y condiciones sanitarias de las personas que la ocupan.

El total de viviendas en el distrito es de 15,045, de las cuales un 29.8% son viviendas con piso de tierra; en un 48.8% de las viviendas se cocina con leña; 10.0% no cuentan con agua potable; 47.8% no tiene servicio de luz eléctrica y 2.9% no tienen servicio sanitario, a lo que debe sumarse un 21% que tienen letrinas en malas condiciones. (Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2000). Vivir en viviendas en condiciones insalubres constituye un peligro para la salud.

d) Educación

El promedio de años aprobados, grado más alto aprobado para el distrito de Penonomé es de 6.4 (rango entre 9.2 % en el corregimiento de Penonomé y 4.4 % en el corregimiento de Río Indio) y el porcentaje de analfabetas (población de 10 y más años que no sabe leer y escribir) es de 5.23% (rango entre 10.14 % en el corregimiento de Tulú y 2.05% en el corregimiento de Penonomé). Según Censos Nacionales de Población y Vivienda. Contraloría General de la República. 2000. La diferencia entre estos extremos radica en las características socio - económicas de cada región. Los 10 corregimientos del distrito suman 125 escuelas primarias, 6 escuelas secundarias, 2 instalaciones universitarias públicas y 4 privadas.

e) Salud

La interacción entre el individuo y el ambiente condicionan la salud y el bienestar. El distrito de Penonomé cuenta con un alcantarillado que da cobertura al 67% de las

viviendas del área urbana del corregimiento de Penonomé, lo que representa el 18% de la población total del distrito. Las viviendas servidas por tanque séptico constituyen un 17% y 59% tienen letrinas de las cuales un 21% son letrinas en malas condiciones y, por último, tenemos un 4% de viviendas que no cuentan con un lugar específico para la disposición de excretas (División de salud ambiental. Región de Salud de Coclé). La letrínación que representa el 59% tiene un porcentaje considerable en condiciones sanitarias dudosas por lo inadecuadas.

El abastecimiento de agua potable en el distrito de Penonomé tiene una cobertura de 90%. El área urbana del corregimiento de Penonomé tiene una cobertura de 100%, pero encontramos corregimientos con bajas coberturas como Tulú con 64%, Chiguirí Arriba con 68% y Toabré con 70% (División de salud ambiental. Región de Salud de Coclé).

El servicio de recolección de la basura sólo se da en el corregimiento de Penonomé en un 100% del área urbana y un 72.9% del área rural, y un pequeño porcentaje de viviendas de áreas del corregimiento de El Coco por su cercanía al corregimiento de Penonomé.

Los esfuerzos en la ampliación de la red de los servicios de salud permite que cada día sea mayor la población atendida en las instalaciones de salud. En la Región de Salud de Coclé se cuenta con 77 instalaciones de salud que se distribuyen así: 17 Centros de Salud, 4 Anexos Materno Infantil, 48 Puestos de Salud, 7 Subcentros de Salud, 1 Hospital. En cuanto al recurso humano, para el año 2003 se contaba con: 75 médicos y 103 enfermeras del MINSA, 110 médicos y 83 enfermeras de C.S.S.,

además, de 40 asistentes de salud, 31 técnicos de rayos x, 9 técnicos de registros médicos, 3 citotecnólogo, 59 asistentes clínicos, 32 asistentes dentales, 79 auxiliares de registros médicos, 7 trabajadores sociales, 3 técnicos de electrocardiografía.

f) Pobreza

La pobreza se relaciona con aspectos tales como el promedio de habitantes por vivienda, en este sentido en el distrito de Penonomé esta relación es de 4.7. El corregimiento que tiene menor población de habitantes por vivienda es Penonomé cabecera con 4.3, y los corregimientos con mayor número de habitantes por viviendas son Chiguirí Arriba con 5.6, Pajonal con 5.0, Río Indio 5.2 y Toabré y Tulú con 4.8; el porcentaje de viviendas con piso de tierra en el distrito de Penonomé es de 29.8%.

La población económicamente activa comprende las personas de 15 años y más que suministran la mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios, se clasifican en ocupados y desocupados. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá 2002, el porcentaje de la población económicamente activa ocupada con salario mínimo y más del distrito de Penonomé en el año 2000 es de 42.5 %. El corregimiento con mayor porcentaje es Penonomé con 75.6 % y los que tienen menor porcentaje de salario por encima del salario mínimo son Río Indio con 7 %, Tulú con 7.9 % y Chiguirí Arriba con 10.8 %. Aunque es importante, en este análisis, considerar la estacionalidad de algunas actividades económicas como la actividad agropecuaria. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá 2002, el

cálculo del ingreso promedio anual por persona para el año 2000 para la provincia de Coclé está entre 601 y 2028 balboas, correspondiendo al distrito de Penonomé un ingreso promedio anual por persona de 1139 balboas. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2000, el promedio de ingreso mensual del hogar para el distrito de Penonomé es de 184.9 balboas. En cuanto a las características de las viviendas del distrito, 47.8 % de las viviendas no cuenta con servicio de luz eléctrica. El uso de gas para cocinar en el área urbana es generalizado, pero en el distrito sólo el 51.8 % de las viviendas utilizan gas, 48.8 % cocinan con leña.

A pesar de que la red de los servicios de salud se ha extendido en las áreas rurales, no existe un acceso adecuado a los mismos, dada la distancia y la falta de medios de transporte y vías de accesibilidad. Por otro lado, los insumos para la prestación de los servicios con calidad como recurso humano, médico y paramédico, medicamentos y equipos, no están distribuidos en forma equitativa. Existe diferencia entre áreas geográficas y niveles de pobreza.

En el distrito de Penonomé, los corregimientos de Tulú, Río Indio y Chiguirí Arriba presentan los promedios de años de instrucción más bajos; a su vez, son los que presentan un ingreso mensual individual y del hogar más bajo en el distrito de Penonomé, aspectos que condicionan un status de vida no favorable.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir los beneficios del programa de salud escolar en el Distrito de Penonomé durante los años 2001 al 2003.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar qué beneficios ofrece el programa de salud escolar en el área de crecimiento y desarrollo, alimentación y producción, salud bucal y salud ambiental, durante los años 2001 al 2003 en el Distrito de Penonomé.
- Analizar la cobertura del programa en la población escolar del distrito, en los años de estudio.
- Identificar las deficiencias y limitantes del programa de salud escolar en el distrito de Penonomé.

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Entre las limitantes encontradas, podemos destacar el hecho de que existe poca bibliografía referente al programa de salud escolar.
- El desfase del tiempo de las normas del programa de salud escolar, promulgadas en 1993.
- La fuente de información es limitada para determinar los beneficios del programa , no se persigue el aspecto social y no se incluyen otros factores que pudieran estar contribuyendo a la salud del escolar.

5. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud como el completo bienestar físico, psicológico y social. De esta definición se desprende, tácitamente, el concepto del ser humano como una entidad biopsicosocial. En este sentido el Programa de Salud Escolar persigue facilitar la adopción de estrategias conceptuales y operativas para mejorar la salud de los estudiantes. Entre las prioridades que persigue este programa se encuentran educación en salud, asegurar la atención a los servicios de salud a la población escolar; mantener, promover y mejorar la coordinación interdisciplinaria, interinstitucional y con los padres de familia; aumentar la cobertura en base a factores de riesgo, considerando los grupos postergados, la población con déficit nutricional y las áreas endémicas; promover apoyo en los niveles local, regional, nacional e internacional.

En el Distrito de Penonomé, 41% de la población de 5 a 12 años se encuentra en el proceso de nivel básico lo que facilita la accesibilidad a las diferentes disciplinas involucradas en el desarrollo de éste programa, y en sus intervenciones para la promoción de la salud de este grupo de edad.

En los últimos años, según datos estadísticos distritales de los años 2001 al 2003, los escolares han presentado morbilidades tales como: trastornos psicológicos (de aprendizaje y emocionales), nutricionales (desnutrición, parasitosis y anemia), bucales

(caries dental, gingivitis y apiftamiento), de las vías respiratorias (resfriado común y faringitis), digestivas (diarrea), problemas sanitarios del ambiente escolar (iluminación, ventilación, disposición de basura y excretas) y sociales. Como se observa, son enfermedades prevenibles que con una buena intervención de salud, educación y familia, disminuirían considerablemente; sin embargo, persisten en los escolares.

La mortalidad en este grupo de edad es baja y las principales causas de muerte son accidentes, infecciones respiratorias, infecciones intestinales; también enfermedades prevenibles con una buena educación.

De esta manera, el estudio de este programa de los años 2001 a 2003 en las diferentes áreas que desarrolla, permitirá conocer qué tanto ha beneficiado al estado de salud de los escolares en las escuelas en que se desarrolla.

6. PROPÓSITO

El propósito de esta investigación es describir los beneficios y limitaciones del programa de salud escolar en la población de 5 a 12 años, en las escuelas del Distrito de Penonomé, en los años 2001 al 2003. Ello permitirá conocer las deficiencias y limitantes que ha confrontado para el logro de sus objetivos y recomendar acciones que ayuden a mejorar su ejecución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Salud y Educación

La salud y la educación están entrelazadas en forma inseparable. Salud como el estado de completo bienestar, tanto físico como psíquico y social y educación como la base fundamental para conservar la salud, entendiéndose por conservar y por promover

Waley y Wong, 1995, señalan que “la escuela puede servir como un medio para coordinar, integrar, implementar y mantener una variedad de intereses de promoción de la salud, prevención de enfermedades, lesiones y reducción de los riesgos y además para mejorar la salud, el potencial educativo y el bienestar”.

La O.P.S., 1995, indicó que “los programas de salud escolar se están desarrollando en todos los países del mundo, ya que es necesario educar a la niñez y la juventud en aspectos que les permitan cuidar de su salud, e igualmente en estos países se utilizan servicios de salud para detectar problemas de audición, visión, postura, pie plano, desnutrición, caries y otros, que puedan afectar el aprovechamiento escolar, por lo que se hace indispensable desarrollar programas curriculares de educación para la salud en temas diversos (higiene, alimentación, accidentes, saneamiento y otros)”. Es por eso que la escuela viene a desempeñar el papel de promotora de salud, con el objetivo de fomentar estilos de vida saludables en la comunidad escolar y, a la vez, ofrecer

oportunidades y compromisos para lograr un ambiente físico y un entorno social positivo y seguro.

Es fundamental que se fomente una educación en salud con un enfoque integral, basada en el conocimiento, la aptitud y las capacidad para promover la salud y reforzar conductas que eviten los problemas futuros. Por ejemplo, la educación impartida en clase acerca de la nutrición se complementa con la disponibilidad de alimentos en la tienda escolar. La escuela debe ser promotora en ofrecer un lugar seguro, libre de tóxicos, con agua potable, instalaciones sanitarias y un ambiente psicológico positivo para el aprendizaje.

Las Normas Técnico Administrativas del Programa 1993, señalan que la promoción de la salud en el área de salud escolar, comprende tres componentes primordiales: la educación para la salud, los ambientes y entornos saludables (medio ambiente físico, psicológico y emocional) y los servicios de salud y alimentación. Cuando estos componentes se organizan e integran contribuyen en forma oportuna a la salud del escolar. Es fundamental que el equipo de salud conozca los objetivos, actividades, contenidos y métodos de trabajos para que lleven a cabo el control adecuado de crecimiento y desarrollo de los escolares y la captación y atención temprana de sus trastornos de salud. A su vez, los docentes y padres de familias deben estar conscientes de la importancia del control del crecimiento, desarrollo y estado nutricional de los niños en edad escolar y lo necesario de su activa participación en estas acciones, ya que son éstos los que tienen la oportunidad de captar tempranamente cualquier factor de riesgo que pueda afectar la salud del niño,

razón por cual salud, educación y familia deben trabajar de una forma integral y coordinada.

Según Waley y Wong, 1995, en esta etapa los niños adquieren la coordinación y la concentración necesarias para participar en actividades propias de los adultos, aunque quizá, todavía tengan deficiencia en cuanto a fuerza, resistencia y control respecto de los adolescentes y adultos. El niño en edad escolar puede asumir la responsabilidad de sus propias necesidades; en esta etapa se inicia la comprensión y el uso de las relaciones entre objetos e ideas. De aquí la importancia de la educación al escolar en cuanto a su salud.

El informe de la Organización Panamericana de la Salud y la OMS, sobre promoción y educación de la salud escolar en 1995, señala que se han realizado estudios en todos los países en donde se han implementado programas de salud escolar en la última década y se han enfrentado a obstáculos similares en su aplicación. Se han detectado problemas tanto en la capacidad del sistema educativo para cuidar de la salud de los escolares, como para asegurar que se formen prácticas y estilos de vida saludables. Entre los problemas encontrados están los insuficientes recursos para el cumplimiento del programa, lo que representa una de las principales limitantes en el logro de los objetivos.

Es por esto que un estudio del programa de salud escolar en el distrito de Penonomé, durante los años 2001 al 2003, proporcionará información de los beneficios que aporta en la salud del escolar.

2. Variables del estudio

Las variables principales consideradas para el estudio son:

- Control de Crecimiento
- Control de Desarrollo
- Nutrición
- Inspección de Saneamiento ambiental
- Atención en Salud bucal

3. Programa de Salud Escolar

a) Definición del Programa de Salud Escolar:

Según las Normas Técnico Administrativas, 1993, el programa de salud escolar es el resultado de la programación conjunta de diferentes disciplinas e instituciones que, con el apoyo de los padres de familia, tienen acciones dirigidas al bienestar del escolar. Es un programa multisectorial y además es interdisciplinario.

b) Objetivos del programa de salud escolar

Este programa persigue los siguientes objetivos:

b.1) Objetivo general:

Elevar el nivel de salud de la población infantil en edad escolar (5 a 12 años), mediante actividades de promoción, conservación y recuperación de la salud para el óptimo desarrollo de sus potencialidades físicas, mentales y sociales.

b.2) Objetivos específicos:

- Vigilar el crecimiento y desarrollo integral del escolar.
- Contribuir a la captación temprana y restablecimiento de los trastornos de salud del escolar.
- Estimular cambio de hábitos, prácticas y actitudes del escolar, familia y comunidad, mediante la educación en salud.

c) Población objetivo

La población objetivo de este programa es la comprendida en las edades de 5 a 12 años. Datos estadísticos distritales señalan que:

- Comprende aproximadamente el 23% de la población total del Distrito de Penonomé.
- Más del 70% de esta población está en las edades de 5 a 12 años y, de éstas, el 41% se encuentra en el nivel de educación primaria.
- La población en el nivel de educación primaria permanece en las aulas escolares la mayor parte del año.
- La morbilidad y mortalidad escolar son bajas en comparación con otros grupos de edad, pero los problemas de salud que los determinan son casi todos prevenibles.
- En general, este grupo de edad demanda poca atención y sólo llegan a los establecimientos de salud por trastornos y, muy pocos, para controles de salud.

d) Principales problemas que confrontan:

Las Normas Técnico Administrativas 1993, señalan como los principales problemas confrontados por los escolares a:

- Población numerosa y, relativamente, poco recurso humano para atenderla.

- Arrastre de problemas de salud que influyen de manera importante en la etapa escolar.
- Limitaciones familiares para continuar los controles de salud en general y asegurar la protección contra enfermedades prevenibles por vacunas.

e) Mortalidad y Morbilidad

La mortalidad de este grupo de edad es baja y las principales causas de muerte son: accidentes, infecciones respiratorias, infecciones intestinales. En cuanto a las causas de morbilidad las más frecuentes a señalar son: trastornos psicológicos (de aprendizaje y emocionales), nutricionales (desnutrición, parasitosis y anemia), bucales (caries y enfermedades de las encías), de las vías respiratorias (resfriado común y faringitis), digestivas (diarrea), problemas sanitarios del ambiente escolar y sociales.

f) Estrategias

Para el logro de su objetivo, el Programa de Salud Escolar según las Normas Técnico Administrativas 1993, plantea las siguientes estrategias:

- Aprovechar la permanencia en las aulas de clases durante el año académico, con la ejecución de acciones coordinadas entre el sector salud y el sector educación y otras instituciones como el Ministerio de Desarrollo Agropecuario, la Confederación de Padres de Familia y cualquier otra

institución que tenga actividades dirigidas al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población escolar.

- Agrupar las acciones de salud que se deben ofrecer a la población escolar en cuatro áreas: crecimiento y desarrollo, alimentación, nutrición y producción de alimentos, salud bucal y salud ambiental escolar.

g) Prioridades

Establece prioridades en cuanto a:

- Educación en salud
- Asegurar la atención de los servicios de salud a la población escolar.
- Mantener, promover y mejorar la coordinación interdisciplinaria, interinstitucional y con los padres de familia.
- Aumentar la cobertura con base en factores de riesgo, considerando los grupos postergados, la población con déficit nutricional y las áreas endémicas.
- Promover apoyo en los niveles local, regional, nacional e internacional.

h) Comité de Salud

En cada escuela en donde se desarrolla el programa se organiza un comité de salud escolar, el cual está constituido de la siguiente manera:

- Director de la institución de salud

- Supervisor de educación de la zona escolar correspondiente.
- Director o Subdirector de la escuela.
- Presidente de la asociación de padres de familia de la escuela
- Un representante del comité de salud local si lo hubiera.
- Coordinador de las áreas de acción del programa por parte de la escuela.
- Coordinador de las áreas de acción del programa por parte de la institución local de salud.
- Técnicos de visión y audición.

h.1) Funciones de los miembros del Comité de Salud

Estos miembros tienen la responsabilidad de desempeñar las siguientes funciones:

- Velar por el cumplimiento de las diferentes actividades del programa, coordinadamente con otros miembros del comité.
- Formular un plan operativo anual del programa de salud escolar en la escuela y considerar los recursos, prioridades, riesgos y evaluaciones hechas.
- Coordinar y conocer la evaluación anual del programa de salud de la escuela.
- Comunicarse, por medio de los coordinadores, con las diversas comisiones responsables de las áreas de acción del programa.
- Solicitar apoyo y recursos para el desarrollo del programa de salud de la escuela.

- Informar y consultar periódicamente a nivel regional, y a todos los padres de familia y comunidad, acerca de los alcances, limitaciones y el desarrollo en general del programa de salud de la escuela.

Con el logro de todos los propósitos planteados en este programa, se beneficiará el 23 % de la población total del distrito de Penonomé.

i) Áreas del programa

Este programa se desarrolla en cuatro áreas, las cuales se detallarán a continuación.

i.1) Área de crecimiento y desarrollo

Según Whittaker, J., 1980, “el niño está listo y ansioso para el mundo más amplio del aprendizaje y la competencia con el desarrollo del sentido de la industriosa, si cuenta con fundamentos adecuados de confianza, autonomía e iniciativa; asimismo es una etapa de crecimiento intelectual, inversión en el trabajo y el primer compromiso con una unidad social fuera de la familia y mayor que ésta. En cuanto a crecimiento, a fines de este período, tanto niños como niñas duplican su fuerza, el aumento en el peso y la estatura se vuelve más lento durante la infancia media, en comparación con lo que ocurre en los años inmediatamente previos y posteriores”.

El programa incluye las sub - áreas de educación para la salud del escolar, atención integral del escolar e investigación de la morbilidad del escolar.

i.1.1) Objetivo

El objetivo de esta área es promover el crecimiento y desarrollo integral del escolar de 5 a 12 años, atendiendo tempranamente su morbilidad y rehabilitación.

i.1.2) Población objetivo

Todos los alumnos matriculados en las escuelas seleccionadas para atender en el programa integral de salud escolar.

i.1.3) Responsables

Los responsables del desarrollo de esta área son el médico del establecimiento de salud y el docente de la escuela; en caso de carecer en el sector salud del primer recurso, la enfermera o el enfermero, el auxiliar de enfermería o la auxiliar de enfermería, la ayudante de salud o el ayudante de salud llevarán a cabo algunas de las acciones de atención preventiva para lo cual están capacitados.

Según las normas del programa, el equipo de salud, docentes y padres de familia recibirán capacitación en cuanto al proceso de crecimiento y desarrollo: su importancia, su evolución, los factores que lo favorecen, los que no lo favorecen, las acciones para promoverlo, los procesos de rehabilitación, etc.

i.1.4) Contenidos programáticos

Los contenidos programáticos de esta área son amplios e incluyen lo siguiente:

- Áreas de crecimiento y desarrollo.
- Actividades de control de crecimiento y desarrollo del escolar.
- Captación temprana de la morbilidad.
- Rehabilitación del escolar con trastornos de salud.
- Principales trastornos de salud del escolar.
- Inmunización.
- Educación sexual.
- Prevención de la adicción.
- Atención integral del escolar.
- Necesidades económicas, educativas y recreativas del escolar.
- Necesidades emocionales y afectivas.
- Deficiencias físicas y de otra índole que afectan el proceso de enseñanza - aprendizaje.
- Condiciones familiares individuales y grupales.
- Condiciones ambientales no favorables.

Al desarrollar estos contenidos se logrará una serie de aprendizajes que incidirán en el cumplimiento de sus funciones. Son aprendizajes que permitirán proteger a los escolares previniendo enfermedades, detectando problemas a tiempo, favoreciendo el óptimo crecimiento y desarrollo, evitando y/ o mejorando situaciones desfavorables, etc.

El programa espera que se capacite al equipo de salud, docentes y padres de familia para reconocer las necesidades de los escolares y establecer la forma de satisfacerlas, haciendo uso de los recursos, tanto los que produce la familia, como los que ofrecen otras instituciones sociales (distintos Ministerios, Instituto Nacional de Deportes, Iglesias, Instituto Nacional de Cultura, Ministerio Público, Órgano Judicial, Policía Nacional, medios de comunicación, Instituto para la Formación y Aprovechamiento de los Recursos Humanos, Cruz Roja, Sistema Nacional de Protección Civil, Cuerpo de Bomberos, Clubes Cívicos, entre otras). Además, que de diagnosticarse algún trastorno en el escolar, sea referido a una atención especializada.

Abordar temas en salud sexual y reproductiva a los docentes y a la familia, para que cumplan mejor esta función en el marco de una educación sexual con enfoque personalista, que desarrolle una sexualidad madura, integral, que verdaderamente permita la realización humana en el marco de valores que ayuden a tomar las mejores decisiones en la vida.

Por su parte, el reconocimiento de las necesidades humanas permitirá favorecer el desarrollo de un adecuado nivel de autoestima, y con ello, el logro del necesario ajuste psicológico. Ello se incluye en la función que tiene la familia de definir el estatus y

el rol correspondientes, lo cual logra a través del proceso de socialización. La escuela y las instituciones de salud también participan del proceso de socialización. El Programa de Salud Escolar permite aunar los esfuerzos en ese sentido, como ejemplo, basta recordar que algo tan sencillo, pero tan importante como son los hábitos de higiene, de alimentación y el estilo de vida, se adquieren a través de la socialización. La función de socialización también recibe el impacto del programa, toda vez que lo esperado es que la capacitación que la familia recibe produzca cambios de hábitos, es decir, aprendizajes que, a través de esa socialización, pasarán a los hijos.

i.2) Área de alimentación, nutrición y producción de alimentos

Según Waley y Wong, 1995, aunque “las necesidades de calorías en relación con el tamaño corporal disminuyen durante la edad escolar, al mismo tiempo se acumulan recursos para el aumento de las necesidades de crecimiento de la adolescencia, lo que hace indispensable lograr que los niños y padres de familia asimilen la importancia que tiene una dieta equilibrada para fomentar el crecimiento. La calidad de la dieta depende, en gran medida, de los hábitos alimentarios familiares. La educación sobre nutrición puede y debe formar parte integral del aprendizaje. En la escuela los escolares aprenden los grupos básicos de alimentos y los elementos de una dieta equilibrada, así como la forma de cultivar, procesar y preparar los productos alimentarios”.

En el programa escolar el área de nutrición incluye las sub - áreas de educación alimentaria y nutricional, investigación, atención nutricional y producción de alimentos.

i.2.1) Objetivo

Según Norma Técnico Administrativa, 1993, el objetivo principal de esta área es contribuir al mantenimiento y/ o mejoramiento del estado nutricional y por ende de la salud de los escolares.

i.2.2) Población objetivo

Tiene como población objetivo todos los alumnos de las escuelas primarias incluidas en este programa, teniendo como prioridad los alumnos de Kinder, 1º, 2º y 6º grado.

i.2.3) Responsables

El responsable de esta área es la nutricionista o la enfermera del establecimiento de salud que brinda el servicio a la escuela seleccionada; en un área más limitada el personal docente debidamente capacitado, será el responsable.

El equipo de trabajo está formado por:

- Uno o más docentes(maestros, maestro de agricultura y de educación para el hogar).
- Uno o más padres de familia.
- Asesores, nutricionistas, enfermeras, trabajador social, agrónomo.

Entre las actividades que se plantean en esta área, se encuentran:

- Coordinar con el personal de Educación en su área, programar actividades educativas tales como: educación alimentaria y nutricional, producción de alimentos.
- Capacitar al personal docente y de salud responsables del programa, evaluar resultados.
- Realizar un diagnóstico de la situación alimentaria nutricional del escolar.
- Captar y referir oportunamente a la clínica de nutrición a los niños con trastornos nutricionales.
- Estudio social del niño por el docente, con asesoría del personal técnico de salud.
- Enseñanza práctica y teórica sobre producción y utilización de alimentos.
- Coordinación Inter.- institucional (Educación, MIDA, Salud) para la promoción y apoyo a los huertos escolares.

i.2.4) Contenidos programáticos

Se desarrollan acciones de capacitación a través de los siguientes contenidos:

- Importancia de la alimentación y la nutrición.
- Situación nutricional de la población escolar.
- Alimentación del escolar.
- Funciones del comedor, tienda y huerta escolar.
- Higiene y manipulación de alimentos.
- Importancia de promover la lactancia materna en las escuelas primarias.
- Importancia del huerto escolar y familiar.
- Preparación de la tierra.
- Tipos de siembra.
- Control de plagas y enfermedades.
- Cosechas

El status económico de la familia incide directamente en el desarrollo del Programa de Salud Escolar. El rubro de alimentos debe consumir el mayor porcentaje del presupuesto familiar. No siempre es así en algunas ocasiones porque la familia tal vez en su afán de modificar su status a través de supuestas señales del mismo, destina a otros rubros dinero que debía ser para alimentación. Otra causa es el desconocimiento de las necesidades nutricionales de los miembros de la familia y de qué alimentos satisfacen dichas necesidades. Y no menos importantes son las costumbres; por ejemplo, se valorizan algunos alimentos y se desvalorizan otros, sin

base científica, o se sirve la menor porción de proteínas a los niños que están en pleno proceso de crecimiento.

i.3) Área de salud bucal del escolar

Burket, 1985, señala que es durante la edad escolar cuando hacen erupción los dientes permanentes, de modo que la higiene dental adecuada y la atención inmediata de la caries dental son parte importante de la supervisión de la salud en este período. Además, enfatiza en la importancia de enseñar o reforzar las técnicas correctas del cepillado de los dientes y hace hincapié en la participación que tienen los carbohidratos fermentables en el surgimiento de la caries dental. Es importante también, estar atento a la posibilidad de que haya problemas en la erupción de los dientes permanentes en forma irregular por la mala oclusión y dificultades en su funcionamiento. Es por esto que se hacen necesarios los exámenes dentales periódicos y la continua aplicación de flúor, como parte fundamental en el mantenimiento de la salud bucal del escolar.

Según las Normas Técnico Administrativas, 1993, en esta área del programa escolar las actividades se dirigen a ofrecer una atención integral que combata las enfermedades bucales e incluye a los padres de familia como parte del equipo responsable, además, del odontólogo, el asistente dental y el maestro.

i.3.1) Objetivo

El objetivo general de esta área es coordinar , promover, proteger, conservar y restituir la salud del escolar, por medio de un programa de atención integral que combata las enfermedades bucales.

i.3.2) Población objetivo

Los alumnos matriculados en actividades preventivas y los alumnos matriculados de I a III grado, según prioridad local en actividades curativas.

i.3.3) Responsables

Los responsables de esta área son: el odontólogo, el asistente dental, maestros, padres de familia.

i.3.4) Contenidos programáticos

Se trabaja con metodologías participativas: modelado, sociodramas, teatro de títeres, etc. Se utiliza mucho material audiovisual.

Entre los contenidos que desarrolla se encuentran:

- Los problemas que se presentan en la cavidad bucal y cómo prevenirlos.
- Las técnicas de cepillado.
- La tinción de la placa.
- La importancia de una dieta adecuada.
- La detección precoz de las caries.

Entre otras actividades que se desarrollan en esta área están:

- Inactividades de cavidades abiertas (100%) de los estudiantes matriculados.
- Tratamiento periodontales.
- Exodoncias
- Pulpotomías y pulpectomías
- Restauraciones
- Ortodoncia interceptiva
- Referencia al especialista.

El programa ofrece, el servicio de odontología y garantiza éste a todos los escolares. Considerando el alto costo de los servicios de odontología, el programa constituye un recurso que apoya la función económica de la familia. Además, el carácter preventivo que el programa subraya, hace que la familia vea la salud como un tipo de inversión necesaria y que puede traducirse en términos económicos.

i.4) Área de salud ambiental escolar

Koeger, Axel y otros, 1987, señala que “el mantenimiento de la salud infantil es, en última instancia, responsabilidad de los padres, pero en diversos países las escuelas y las autoridades sanitarias han contribuido a mejorar la salud de los niños proporcionándoles un ambiente escolar saludable y servicios de atención y educación de la salud que hacen hincapié en las costumbres adecuadas para el mantenimiento de la salud. Los programas de salud escolar contribuyen a los objetivos comunitarios en cuanto a la educación y al desarrollo de los niños. La educación de los niños en edad escolar, en cuanto a la salud, está encaminada principalmente a que adquiera hábitos, actitudes y conductas saludables y a la prevención de los accidentes. La diversidad de temas para la enseñanza sobre la salud es infinita, y los niños tienen mentes ávidas y dispuestas al aprendizaje”.

El área de salud ambiental atiende al aspecto ecológico y su importancia en el logro de los objetivos de aprendizaje. Al igual que todas las otras áreas, ésta incluye la participación interdisciplinaria.

i.4.1) Objetivo

Según Normas Técnico Administrativa,1993, tiene como objetivo general promover un ambiente escolar saludable y óptimo a estudiantes y a docentes para el mejor desarrollo de habilidades físico – intelectuales.

Tiene cuatro sub - áreas, a saber:

- Educación y organización.
- Atención.
- Investigación.
- Evaluación.

i.4.2) Población objetivo

La población objetivo de esta área la conforman las instituciones escolares.

i.4.3) Responsables

Los responsables son: el inspector técnico de saneamiento ambiental, director de la escuela, el ayudante de salud, en lugares donde no haya inspector de salud.

i.4.4) Contenidos programáticos

Los contenidos programáticos de esta área son los siguientes:

- Localización del edificio escolar.
- Seguridad del edificio escolar, contra desastres naturales y/o técnicos.
- Abastecimiento de agua potable.
- Disposición y eliminación de residuos líquidos y sólidos.
- Cocinas y comedores escolares.
- Normas para la ecología del aula: dimensiones del aula, tamaño y ubicación del tablero, ventilación, iluminación, salida, acústica, mobiliario, etc.
- Espacio exterior: patios, área de juegos, áreas verdes, etc.
- Saneamiento ambiental en la escuela y la comunidad.
- Prevención de epidemias en la escuela.

Estos contenidos tienen impacto en la función protectora, por cuanto atienden a la salud del escolar a través de los aspectos de su entorno. También incide en la función socializadora ya que se dirige a la formación de hábitos de higiene y de estilos de vida saludables.

Por supuesto, como un ambiente sano favorece la salud, esta área del programa incidirá en la función económica de la familia, igual que todas las otras área del programa inciden en esta función, porque bien sabido es que la prevención tiene menores costos que la curación.

Según los datos estadísticos obtenidos en los informes anuales distritales, para los años 2001, 2002 y 2003, se beneficiaron con el programa de salud escolar para el año 2001 una matrícula de 4710 niños; para el año 2002, 4492 niños y para el año 2003, 4460 niños, de los cuales recibieron atención tanto de médicos, como de odontología, personal de saneamiento ambiental, IPHE y enfermería.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La buena salud es esencial para un aprendizaje eficaz y la educación es un medio poderoso de permitirle a los niños alcanzar y mantener la salud y el bienestar. El programa de salud escolar se define, según las Normas Técnico Administrativas, 1993, como el resultado de la programación de diferentes disciplinas e instituciones, que con el apoyo de padres de familia, tienen acciones dirigidas al bienestar del escolar.

Elevar el nivel de salud de la población infantil en edad escolar (5 a 12 años), mediante actividades de promoción, conservación y recuperación de la salud para el óptimo desarrollo de sus potencialidades físicas, mentales y sociales es el principal objetivo de este programa.

El 70% de la población del distrito se encuentra entre las edades de 5 a 12 años y, de éstas, 41% se encuentra en el nivel básico, además permanece en las aulas la mayor parte del año, lo que facilita la atención a este grupo de edad que demanda poca atención y sólo llegan a los establecimientos de salud por trastornos de salud; muy pocos para controles de salud en general y para asegurar la protección contra enfermedades prevenibles por vacunas; por tanto un estudio de los beneficios del programa de salud escolar en las escuelas del distrito de Penonomé durante los años 2001 al 2003, permitirá conocer qué beneficios ofrece a los escolares.

B. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORIAS
Control de crecimiento	Se refiere a la evaluación que se realiza en el escolar en cuanto a crecimiento, donde se determina si las variaciones morfológicas y modificaciones en las proporciones corporales van de acorde con la edad. A su vez se evalúa su estado de inmunización, de no estar completo, se completa el esquema.	Coberturas de crecimiento en cuanto a peso y talla, de acuerdo a su edad y al estado de inmunización.	Coberturas de crecimiento Evaluación del estado de inmunización del niño.	Realizado No realizado
Control de desarrollo	Consiste en evaluar si el escolar ha ampliado sus capacidades que le permiten una facilidad cada vez mayor en el funcionamiento. Se logra por medio del crecimiento, maduración y el aprendizaje.	Evaluación de las habilidades psicomotoras, agudeza visual y auditiva.	Evaluación de la agudeza visual. Evaluación de agudeza auditiva Niños de VI con constancia de certificado de salud.	Realizado No realizado

Nutrición	Es el factor más importante que influye en el crecimiento y desarrollo. La alimentación regula el crecimiento en todas las etapas del desarrollo, y ejerce su efecto en forma general y compleja.	Evaluación del peso y talla de acuerdo a la edad con la gráfica de estado nutricional según índice de masa corporal, donde se determina su estado nutricional.	Normal Sobrepeso Bajo peso	Alimentación adecuada Alimentación inadecuada
Atención en salud bucal	Consiste en brindar a los escolares orientación en actividades preventivas y la realización de tratamientos curativos si los requieren.	Escolares que recibieron la educación en técnica de cepillado, se les aplicó flúor y se les realizaron todos los tratamientos curativos si los requería.	Escolares que recibieron educación en técnica de cepillado. Escolares protegidos con flúor Escolares que terminaron su tratamiento	Niños que recibieron la atención completa Niños que no recibieron la atención completa
Inspección de Saneamiento Ambiental	Se refiere a la visita que realizan los inspectores de saneamiento ambiental a las escuelas donde evalúan las condiciones físicas del edificio (ventilación, iluminación, dotación de agua, disposición de excretas, disposición de basura, comedor	Edificio escolar que ha sido visitado y evaluado por inspectores de saneamiento ambiental y los mismos han determinado si necesita ser mejorado, si necesita campañas de aseo, si necesita fumigación y si los manipuladores de alimento están capacitados.	Edificios escolares inspeccionados Edificios escolares mejorados Escuelas que realizaron campañas de aseo	Edificios escolares inspeccionados Edificios escolares no inspeccionados

	escolar, equipo de lavado y desinfección), manipuladores de alimentos.		Escuelas que realizaron fumigaciones Manipuladores de los comedores escolares capacitados	
--	--	--	--	--

C. FUENTE DE INFORMACIÓN

Se utilizó como fuente de información los informes anuales del programa escolar a nivel Distrital de los años 2001 al 2003, del formulario de programación y evaluación del Ministerio de Salud.

D. POBLACIÓN ESTUDIADA

D.1 Universo y muestra.

Se tomó como universo todos los escolares de las escuelas incluidas en el programa de salud escolar del Distrito de Penonomé, durante los años 2001 y 2003.

No se utilizará muestra.

D.2 Unidad de observación.

La unidad de observación son los escolares matriculados en las escuelas incluidas en el programa escolar del distrito de Penonomé, durante los años 2001 al 2003.

E. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

En este estudio se incluirán todos los escolares matriculados en las escuelas del distrito de Penonomé en las que se desarrolló el programa del 2001 al 2003. Se excluye la información de los niveles de hemoglobinas realizadas con aparato de Hemocue, ya que el mismo es efectuado en los escolares por criterio médico y no se encuentra estipulada una norma de los estudiantes que deben beneficiarse.

F. DISEÑO METODOLÓGICO

F.1 TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

Para la recolección de la información se empleó un diseño de tipo no experimental retrospectivo y el tipo de estudio aplicado a los datos obtenidos es descriptivo, ya que se desea describir los beneficios del programa de salud escolar a este grupo de edad durante los años 2001 al 2003.

G. INSTRUMENTO A UTILIZAR

Como instrumento para la recolección de los datos se empleará el formulario de programación y evaluación confeccionado por el Ministerio de Salud, para consolidar la información de las actividades realizadas en el Programa de Salud Escolar. (Anexo N° 1)

H. PLAN ANÁLISIS

Por tratarse de un estudio descriptivo se emplearán valores relativos para determinar si el programa de salud escolar ha producido algún beneficio a la población de destino de los años 2001 al 2003.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico EPIINFO.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En el análisis de los datos obtenidos en los informes facilitados por el distrito de Penonomé del Programa de salud escolar en los años 2001 al 2003, se encontraron los siguientes resultados en cada área que se desarrolla.

CUADRO I ÁREA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

AÑOS	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
	Metas			Logros			% de la meta		
Coberturas de crecimiento y desarrollo	4710	4492	3625	1193	2135	3106	25.3	47.5	85.6
Esc. que ingresan con esquema completos de vacunas (k y l)	1290	1150	1256	1117	763	888	86.5	66.3	70.6
Esc. de K y I que completan su esquema de vacuna durante el año.	173	387	368	173	387	368	100	100	100
Esc. de VI con esquema completo de vacuna	636	503	606	433	403	606	68	80.1	100
Niños de VI grado vacunados con MR	636	503	606	240	194	397	38	38.5	65.5
Esc. atendidos por trastornos Psicosociales.	0	2	0	2	0	0	0	100	0
Pruebas de visión realizadas	-	4492	7199	-	441	2045	-	18.9	28.4
Pruebas de audición realizadas	-	4492	7199	-	2	2045	-	0.08	28.4
Niños de VI con constancia de certificado de salud	636	503	723	157	297	186	25	59	25.7
Esc. atendidos en el establecimiento de salud por trastornos de salud.	4710	4492	4460	52	668	26	1	14.8	1
Esc. con trastornos de crecimiento	191	584	928	191	257	275	100	44	29.6
Esc. con trastornos de desarrollo.	191	693	1308	191	257	275	100	37	11.2
Esc. con trastornos de visión	0	4492	0	0	3	0	0	0.12	0
Esc. con trastornos de audición	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esc. referidos por bajo rendimiento escolar.	2	0	0	2	0	0	100	0	0

(-) No se realizó actividad.

Fuente: Informes distritales del Programa de Salud Escolar años 2001 al 2003.

- Las coberturas de crecimiento y desarrollo en el transcurso de 3 años, tomando como punto de referencia el año 2001, de acuerdo el porcentaje de la meta, ha aumentado. En el 2001 el porcentaje de meta fue de 25.3%; para el 2002 alcanzó un 47.5% aumentando un 22.2%. Para el 2003 logró un 85.6%, es decir, aumentó un 60% en el porcentaje de meta con respecto al año de referencia. Este aumento significativo se debe a la importancia que se ha dado en el logro de los objetivos del programa, la prueba está en que se asignó un coordinador Distrital en el 2003, quien se encargó de monitorear y elaborar los informes distritales e incentivó al personal de salud al cumplimiento de las normas del programa, contribuyendo a que más escolares recibieran el beneficio de la evaluación de crecimiento y desarrollo. (Anexo. Gráfica N° 1).
- Los niños con esquema completo de vacuna (K y I), según datos obtenidos, registraron un descenso del 20% del año 2001 al 2002; para el 2003 el descenso fue de 15.9% tomando como referencia el 2001, por lo que se incrementa en un 4.3 % entre el 2002 y 2003. Esto pudo ser debido a falta de concienciación por parte de los padres de familia sobre la importancia de las vacunas, por lo que no llevaron a los niños a vacunar a los establecimientos de salud; el incremento en el 2003 se debe a que ese año se realizó una campaña de vacunación en el distrito que permitió conocer dónde se encontraban los niños inasistentes. (Anexo. Gráfica N° 2).

- Los niños que asisten a las escuelas se benefician en cuanto a inmunización en un 100%. (Anexo. Gráfica N° 3).
- Los niños de VI grado con esquema completo de vacuna ha mejorado. En el 2001 el porcentaje de meta fue de 68%; sin embargo, para el 2002 de 80.1, es decir se incrementó en un 12.1 %, ya que para el año 2003 el porcentaje de la meta logró el 100%; esto significa que los escolares completan su esquema de vacuna durante su estancia en la primaria, por lo que al llegar a VI grado no requieren ser inmunizados. (Anexo. Gráfica N° 4).
- Para el año 2002 se diagnosticaron 2 casos de niños con trastorno psicosocial, los cuales fueron beneficiados al recibir atención especializada en el IPHE, lográndose un 100% de porcentaje de la meta; en los otros años no se diagnosticaron niños con este trastornos.
- El porcentaje de meta de las pruebas de visión ha aumentado. Para el año 2001 no se realizaron. Para el 2002 se logró un porcentaje de meta de 18.9 % y en el 2003 28.4%, incrementándose un 9.5% entre ambos años. De las pruebas de visión realizadas, se diagnosticaron 3 casos de niños con trastorno de la visión para el año 2002, lo que representó para la meta sólo un porcentaje de 0.12 %; estos niños se beneficiaron con el programa, ya que al diagnosticarse su problema de visión, fueron referidos a un especialista (oftalmólogo). Para los demás años no se diagnosticaron niños con trastorno de la visión, esto se pudo deber a que no se logró una cobertura adecuada en

las pruebas de visión realizadas, las mismas no alcanzaron ni el 50% de la meta. (Anexo. Gráfica N° 5)

- Las pruebas de audición realizadas, también, han aumentado en el porcentaje de meta en los dos últimos años. En el 2001 no se realizaron, para el 2002 se logró un 0.08% de la meta y para el 2003 un 28.4%, es decir, que se incrementó un 28.4%, tomando como referencia el primer año de estudio; este incremento se debió, a que ha existido más participación del IPHE en la realización de las pruebas de audición. En los años realizada no se diagnosticó trastorno a ningún escolar, esto también se pudo deber a la baja cobertura en la realización de la prueba. (Anexo. Gráfica N° 6)
- La emisión de certificados de salud disminuyó. En el 2001 se logró un porcentaje de meta de 25%, para el 2002 de 59%, incrementándose un 34% con respecto al primer año. Para el 2003 el porcentaje de meta fue de 25.7%, disminuyó nuevamente el 34% que había logrado para el 2002. Esto se justifica porque el correo de laboratorio en 4 de los 5 centros de salud en el año 2003 no se dio, lo que aumentó el costo para realizar los laboratorios ordenados a los niños, por lo que muchos no se los realizaron. (Anexo. Gráfica N° 7)
- En trastornos de salud para el año 2002 hubo un incremento de 13.8 % con respecto a los otros dos años, ya que en el 2001 y 2003 sólo el 1% de la población se atendió en el centro por morbilidad; este aumento pudo deberse por falta de educación de los padres sobre medidas preventivas de la salud y la

disminución porque no se utiliza adecuadamente, el sistema de referencia del escolar, lo que crea un sub – registro en los informes estadísticos sobre la morbilidad.

- De los escolares que presentaron trastornos de crecimiento y desarrollo para el año 2001 se atendieron en un 100%; sin embargo, para los años 2002 y 2003 hubo una disminución del porcentaje de la meta de más del 50% con respecto al primer año; esto se debe inconvenientes como paro de educadores, además, de jornadas de vacunación masivas en las que el personal de enfermería participa y disminuye el tiempo de atención al programa.
- De los niños referidos por bajo rendimiento escolar se logró el 100% de la meta propuesta en el año 2001, lo que indica que los niños, fueron diagnosticado a tiempo a través del programa escolar y se beneficiaron con una atención especializada (IPHE), por lo que mejoraron su rendimiento escolar. Para los otros años de estudio no se diagnosticaron niños con bajo rendimiento escolar.

CUADRO II. ÁREA DE NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN Y PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

Nutrición alimentación y producción de alimentos	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
	Metas			Logros			% de meta		
Escolares encuestados	4710	4492	4460	4709	3946	3106	99	87.8	69.6
Escolares beneficiarios que asistieron al comedor escolar	4710	4492	4460	4710	4492	4460	100	100	100
Escolares atendidos en clínicas de nutrición.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
N° de estudiantes capacitados en huertos escolares	1979	1817	-	100	350	-	5.0	19.2	-
Bajo peso en escolares matriculados (K I, II) según peso y talla.	2037	1823	1875	110	257	262	5.4	14.0	14.0
Caso de niños con retardo moderado y severo de primer grado	755	691	660	10	9	245	1.3	1.3	37.1
Escolares recuperados	191	693	928	63	257	760	32.9	37.0	81.8

(-) No se realizó actividad.

Fuente: Informes distritales del Programa de Salud Escolar años 2001 al 2003.

- El porcentaje de la meta en escolares encuestados en cuanto a nutrición ha disminuido en los últimos dos años. Para el 2001 se logró un porcentaje de meta de 99%, en el 2002 un 87.8%, es decir, disminuyó un 11.2% con respecto al primer año. En el 2003 el porcentaje de meta fue de 69.6%, es decir, disminuyó un 29.4% con respecto al primer año. Esto se debe a que los días que se programan para visitar las escuelas, muchos escolares faltan, por lo que no son encuestados, disminuyendo el porcentaje de meta. (Anexo. Gráfica 8).
- Todos los escolares que asisten a las escuelas rurales son beneficiados con el comedor escolar, por lo que el porcentaje de meta es del 100%.
- Ningún niño que presentó bajo peso y sobrepeso en los tres años de estudio se refirió a la clínica de nutrición, ya que no hay una coordinación con la clínica de nutrición para su atención.
- Las capacitaciones en huertos escolares ha disminuido considerablemente. En el 2001 se logró un porcentaje de meta de 5%, en el 2002 19.2%, es decir, aumentó un 14.2% con respecto al primer año. Sin embargo, para el 2003 ningún estudiante fue capacitado para huertos escolares; esto se debió a que no se dio una coordinación con el MIDA que es el responsable de esta actividad.
- Los niños bajo peso de (K, I, II), según peso y talla, para el año 2001 de los niños evaluados se detectaron 5.4% con bajo peso, en los últimos dos años

mantuvieron un cumplimiento de meta del 14%, aumentando en 8.6% el porcentaje de meta con respecto al primer año; este aumento se debió a que se logró evaluar a más niños en cuanto a su estado nutricional, sin embargo el porcentaje de meta en los dos últimos años pudo haberse mantenido, ya que para el año 2003 disminuyó el número de niños encuestados en cuanto a su estado nutricional. (Anexo. Gráfica N° 9).

- Para el año 2003 los niños diagnosticados con retardo moderado y severo de I grado ha aumentado en un 35.8%, con respecto a los dos primeros años; esto indica que el programa escolar está beneficiando a estos niños al realizarse el diagnóstico y tomar las medidas necesarias para mejorar su estado nutricional (asistir al comedor escolar y de contar con el recurso, referirlo a clínica de nutrición y al IPHE)
- De los escolares bajo peso recuperados para el 2001 el porcentaje de meta fue de 32.9%, en el 2002 de 37.0%, aumentado un 4.1% con respecto al primer año. Para el 2003 se logró un porcentaje de meta de 81.8%, incrementándose un 48.9% con respecto al 2001. Esto indica que la alimentación en los comedores escolares y antiparasitarios están beneficiando a la comunidad escolar en cuanto a el estado nutricional. (Anexo. Gráfica N° 10)

CUADRO III. ÁREA DE SALUD BUCAL

Salud bucal	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
	Meta			Logros			% de la meta		
Esc. a quienes se les enseñó técnicas de cepillado	984	1040	2459	984	1040	2459	100	100	100
Esc. con control de placas bacterianas	984	1040	2459	984	1040	2459	100	100	100
Esc. protegidos con flúor	984	1040	1575	984	1040	1575	100	100	100
Esc. a quienes se les hizo profilaxis	114	111	852	114	111	852	100	100	100
Esc. terminados	163	111	852	163	111	852	100	100	100
N° de escuelas en el programa de enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2 %	16	4	6	16	4	6	100	100	100
Esc. examinados	984	1040	1575	984	1040	1788	100	100	100+
Esc. referidos para actividades curativas	100	147	600	100	147	600	100	100	100
Educación en salud bucal (higiene oral, nutrición, enf. Comunes)	984	1040	2459	984	1040	2459	100	100	100

Principales causas de morbilidad

1. Apifiamiento
2. Gingivitis
3. Caries dental

Fuente: Informes distritales del Programa de Salud Escolar años 2001 al 2003.

- El programa de salud escolar se encuentra conformado por escuelas completas e incompletas. El departamento de odontología sólo atiende a las escuelas que son consideradas completas, y los datos estadísticos señalan que se ha logrado un porcentaje de meta de un 100%, en las actividades preventivas y curativas que se realizan a los escolares. (Anexo. Gráficas N° 11, 12 y 13).

CUADRO IV. ÁREA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.

Salud Ambiental	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
	Metas			Logros			% de la meta		
Edificios escolares inspeccionados	71	60	37	27	58	26	38.0	96.6	70.2
Edificios escolares encuestados	71	60	37	27	58	26	38.0	96.6	70.2
Edificios escolares mejorados	27	58	10	6	3	4	22	5.1	40
Manipuladores con certificados de salud	-	1	3	-	1	3	-	100	100
Charlas a manipuladores	6	-	37	6	-	13	100	-	35.1
Manipuladores capacitados	6	1	363	6	1	363	100	100	100
Brigadas escolares organizadas	162	-	37	2	-	4	1	-	10.8
Campaña de aseo	5	-	-	5	-	-	100	-	-
Fumigaciones	-	-	10	-	-	1	-	-	10
Otras actividades realizadas									
1. Campaña concientización Hanta - Dengue	3	2	-	3	2	-	100	100	-
2. desechos sólidos	1	-	-	1	-	-	100	-	-
3. Charla de VIH - ETS	2	-	-	2	-	-	100	-	-

(-) No se realizó actividad.

Fuente: Informes distritales del Programa de Salud Escolar años 2001 al 2003.

- De los edificios escolares inspeccionados y encuestados para el 2001 se logró un porcentaje de meta de 38% y en el 2002 de 96.6%, lo que representa un incremento de 58.6% con respecto al primer año. En el 2003 el porcentaje de meta fue de 70.2%, por lo que el incremento, con respecto al primer año, fue de 32.2%, es decir, que disminuyó en cuanto al porcentaje que se había logrado para el 2002. La disminución del porcentaje de meta para este último año se debió a la poca coordinación con el departamento de saneamiento ambiental y a la falta de transporte para los inspectores. (Anexo. Gráfica N° 14).
- De los edificios inspeccionados se han beneficiado con mejoras, según porcentaje de meta para el 2001, un 22%, para el 2002 un 5.1 %, y se incrementa para el 2003 un 40%, lo que significa que para el 2002 disminuyó un 16.9% con respecto al 2001 y se incrementó en un 18% en el 2003, con respecto al primer año. Es decir, que las inspecciones de los edificios escolares contribuyeron a que los directivos de las escuelas beneficiadas, incluyeran entre sus mejoras con los fondos del FESE y Mantenimiento preventivo, las sugerencias de los inspectores, brindándoles a los niños un ambiente escolar más saludable. (Anexo. Gráfica N° 15).
- En cuanto a la capacitación de manipuladores de alimento, las que se encargan de esta función son las madres de familia; en el 2001 no se benefició ningún manipulador con certificado de salud; para el 2002 y 2003, a pesar que la meta propuesta es relativamente baja, se logró el 100%; esta medida disminuye el riesgo de que los niños se enfermen por un procedimiento

inadecuado en la preparación de los alimentos, ya que se le dan indicaciones sobre las medidas higiénicas al preparar los alimentos (vestuario, limpieza del área de preparación de los alimentos, etc.). Anexo. Gráfica N° 16.

- El departamento de saneamiento ambiental sólo organizó brigadas escolares para los años 2001 y 2003, de las cuales se logró el 1% y 10.8 %, respectivamente, es decir, que hubo un incremento del 9.8% con respecto al primer año. Estas brigadas escolares incentivan al estudiante a crear conciencia sobre la importancia de la salud, además, de participar como promotores de la salud dentro de la comunidad educativa. En cuanto a campañas de aseo, sólo se realizaron en el 2001, lográndose el 100% de la meta propuesta; contribuyeron así a la educación de los niños sobre la importancia de la limpieza y a la vez le brindaron un ambiente escolar más saludable.
- En cuanto a fumigaciones en el área escolar para el 2003 se benefició el 10% de la meta propuesta; estas fumigaciones contribuyen a mejorar el ambiente escolar al eliminar insectos perjudiciales para la salud; los años anteriores no se realizaron por falta de recursos y las escuelas inspeccionadas no lo requerían.
- Entre otras actividades realizadas encontramos campañas de concienciación de Hanta y Dengue, para los años 2001 y 2002 se cumplió el 100% del porcentaje de meta; para el año 2001 se benefician escuelas con capacitación de desechos sólidos y con charla de VIH Y ETS, lo que representa el 100% de

la meta; actividades educativas que contribuyen a crear conciencia en los estudiantes sobre estos temas de actualidad. Sin embargo, para los años 2002 y 2003 los niños no fueron beneficiados con tan importantes actividades.

CONCLUSIONES

Luego de analizados los resultados, durante los años de estudio, se puede concluir lo siguiente:

El programa de salud escolar brinda un beneficio significativo a la comunidad educativa, el mismo se puede observar en los logros de las actividades que se realizan como lo son:

Controles de crecimiento y desarrollo, los cuales permiten diagnosticar diferentes trastornos de salud, que son referidos a especialistas de acuerdo a su complejidad.

Todos los infantes son beneficiados con una inmunización completa en cuanto a las enfermedades prevenibles.

Los niños con una nutrición inadecuada recuperan su peso en el transcurso del año escolar, con el beneficio del comedor escolar y a los antiparasitarios que reciben.

Además, los que sufren de trastornos bucales reciben atención gratuita y se les da seguimiento a todos sus tratamientos.

Por otra parte, los edificios escolares se benefician con una inspección de saneamiento ambiental y, de ser necesario, se les hacen mejoras de acuerdo con los recursos disponibles.

Existe ausencia de información, con respecto a educación para la salud.

Las Normas de 1993, dejan por fuera temas tales como: Enfermedad de transmisión sexual, VIH y SIDA, violencia intrafamiliar, abuso sexual, embarazo en adolescente, incesto entre otros.

RECOMENDACIONES

El resultado de esta investigación sugiere las siguientes recomendaciones:

Concienciar al personal de salud sobre la importancia del programa para el bienestar de los escolares.

Que el correo de laboratorio en los Centros de Salud sea constante para que los estudiantes de áreas de difícil acceso y de escasos recursos, puedan prescindir de los exámenes de laboratorios, que les permitan evaluar su estado de salud y, a su vez, obtener los certificados de salud que el Ministerio de Educación exige al ingreso de algunos centros educativos.

Mantener una educación continua en educadores, padres de familia y estudiantes sobre temas dirigidos a la conservación de la salud.

Que exista una coordinación integral con el MIDA, Departamento de Saneamiento Ambiental, Educadores, Clínica de nutrición y el IPHE para lograr un mejor porcentaje de las metas propuestas.

Que cada día, escuelas consideradas parciales, reciban atención en odontología y medicina.

Construir nuevos indicadores para identificar los beneficios del programa de salud escolar, tales como: de educación, conocimiento, actitudes y prácticas, por medio de actividades educativas de información y comunicación.

Se debe realizar una revisión de las normas del programa escolar, ya que las mismas no han sido revisadas desde 1993, y deben ser actualizadas de acuerdo a las políticas y legislaciones actuales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Burket, J. 1985. Medicina Bucal. 6ª Ed. Editorial Panamericana. México.
- Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2000.
- Enciclopedia del Management. 1998. 1ª Ed. Grupo Editorial Océano. S.A. España.
- Escala, M. 2002. Curso para personal de salud sobre metodología de la investigación. Panamá.
- Hernández, F. 1993. Estadística Descriptiva. 1ª Ed. ICAP. Costa Rica.
- Informe de pobreza y desarrollo humano. 2002. PNUD.
- Informes distritales del programa de Salud Escolar.
- Kroeger, A. 1987. Atención primaria de salud. 17ª Ed. Organización Panamericana de la Salud. México.
- Márquez de Pérez, A. 2000. 1ª Ed. El Combate a la Pobreza: Lecciones Aprendidas de Experiencias Exitosas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Panamá. República de Panamá.
- Ministerio de Salud. 1993. Normas Técnico Administrativas y Manual de Precedimientos. 1ª Ed. PROGRAFIV, S.A. Panamá.
- Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la Salud. Promoción y Educación de la Salud Escolar. 1995. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, D.C.
- Otero, J. 2002. Glosario de Auditoría en salud.
- Pineda E.B., De Alvarado E.L. y Canales F.H. 1994. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª Ed. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- Whaley L.F., y Wong D.L. 1998. Tratado de Enfermería Pediátrica. 2ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. México.
- Whittaker, J. 1980. La Psicología Social en el Mundo de Hoy. Editorial Trillas, S. A. México, D. F. México.

ANEXO

ANEXO I

MINISTERIO DE SALUD REGION DE SALUD DE COCLE FORMULARIO DE PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN

DATOS GENERALES

1. Población Total		
2. Población de 5 a 14 años		
3. Total de Escuelas		
4. Escuelas en el Prog. Salud Escolar		
5. Matrícula total de escuelas		
6. Matrícula en el Prog. Salud Escolar		
7. Aulas Especiales		
8. Instalaciones de Salud		
9. TOTAL		

AREA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

	METAS	LOGROS	%
	2007	2007	2007
Cobertura de Crecimiento y Desarrollo			
Escuelas que ingresan con esquema completo de vacuna (K y I)			
Escuelas de K y I que completaron su esquema de vacuna durante el año			
Escuelas de VI con esquema completo de vacuna			
NIÑOS de VI grado vacunados con antirubeola			
Escuelas atendidos por trastornos psicococales			
Pruebas de Visión realizadas			
Pruebas de Audición realizadas			
NIÑOS de VI grado con constancia de Certificado de S			
Escuelas atendidos en el establecimiento de salud por trastornos de salud			
Escuelas con trastornos de Crecimientos			
Escuelas con trastornos de Desarrollo			
Escuelas con trastornos de Visión			
Escuelas con trastornos de Audición			
Escuelas referidos al centro de desarrollo escolar			

NUTRICIÓN ALIMENTACIÓN Y PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

	METAS	LOGROS	%
	2007	2007	2007
Escuelas encuestadas			
Escuelas beneficiarias que se instalaron el comedor esc			
Escuelas atendidos en clínicas de nutrición			
Nº de estudiantes capacitados en nuevos modelos			
NIÑOS de VI grado malnutridos (K, T y I), según			
peso y talla			
Casos de niños con retraso en desarrollo y severo de			
desnutrición			

RECURSO HUMANO EN EL P. SALUD ESCOLAR

1. SALUD	
2. EPIDEMIOLOGÍA	
3. EDUCACIÓN	
4. ASISTENCIA	
5. Consideración de Padres de Familia	

SALUD BUCAL

	METAS	LOGROS	%
	2007	2007	2007
Escuelas a quienes se les enseñó técnicas de Cepillado			
Escuelas con Control de Fluor Bacteriana			
Escuelas protegidos con Fluor			
Completos			
Incompletos			
Escuelas a quienes se les hizo profilaxis			
Escuelas terminados			
Nº de escuelas en el Programa de Enjuagatono de Fluoruro de Sodio al 0.2%			
Escuelas examinados			
Escuelas referidos para actividades curativas			
Total de billantes de fosas y fisuras			
Total de actividades curativas			
Total de Charlas			
Principales causas de morbilidad:			
1			
2			
3			

SALUD AMBIENTAL

	METAS	LOGROS	%
	2007	2007	2007
Edificios escolares inspeccionados			
Edificios escolares encuestados			
Edificios escolares mejorados			
Manipuladores con Certificados de Salud			
Charlas a Manipuladores			
Manipuladores capacitados			
Brigadas escolares organizadas			
Campaña de aseo			
Desratizaciones			
Fumigaciones			
Otras actividades realizadas			
1. Campaña concentración Hanta-Dengue			
3			



Fig. 1. Control de crecimiento. Toma del peso del escolar, para su evaluación de acuerdo a talla y edad.



Fig. 2. Control de crecimiento. Toma de la talla, para su evaluación de acuerdo a su peso y edad.



Fig. 3. Atención odontológica a los escolares. Odontólogos realizan examen bucal, para diagnosticar el estado bucal de los niños.



Fig. 4. Educación odontológica. Dra. explica a los niños las consecuencias de la caries dental y la importancia de un buen cepillado.

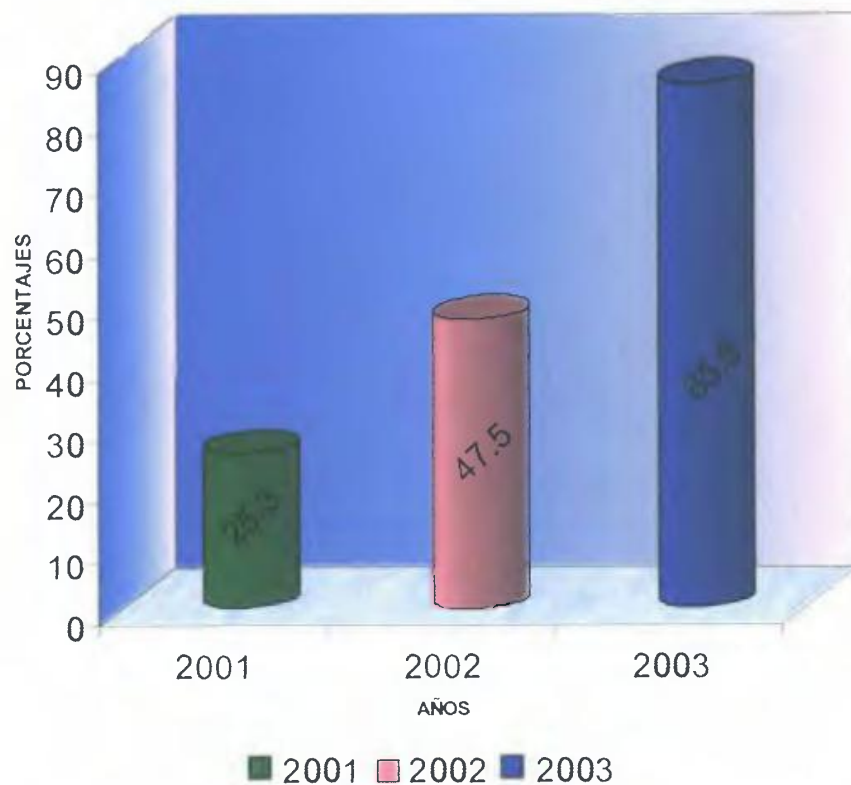


Fig. 5. Atención de Medicina General. Dra. atiende a escolar, realiza avalúo físico, para valorar si no presenta trastorno en su crecimiento y desarrollo.

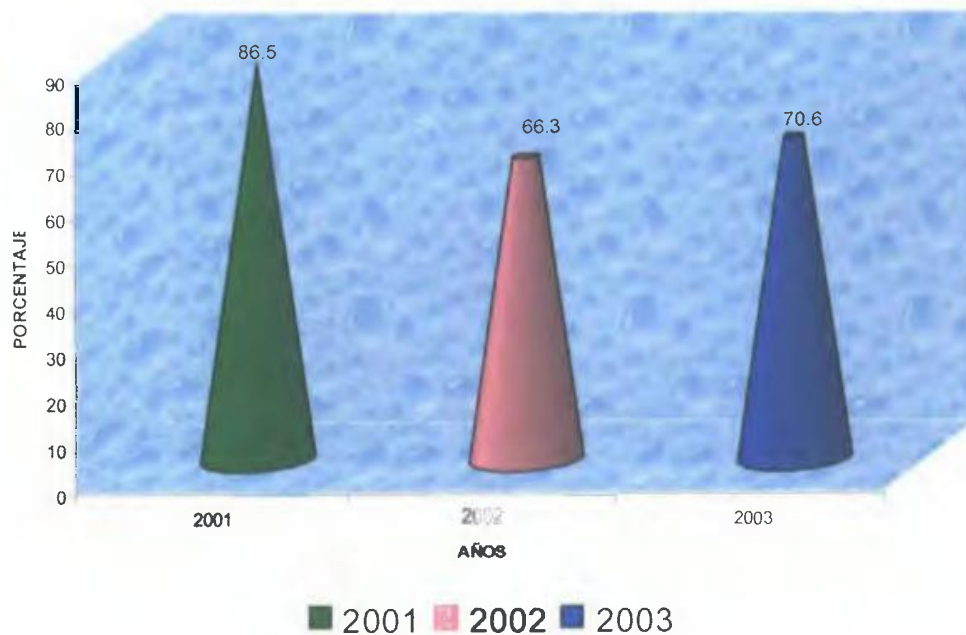
DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESCOLAR. AÑOS 2001 AL 2003.

DATOS GENERALES	2001	2002	2003
POBLACIÓN TOTAL	62, 193	74,373	77,735
POBLACIÓN DE 5 A 14 AÑOS	12, 289	17,611	18,525
TOTAL DE ESCUELAS	70	70	70
ESCUELA EN EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR	29	32	52
MATRÍCULA TOTAL DE ESCUELA	7,557	7,087	7,512
MATRÍCULA DE ESCUELAS EN EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR	4,710	4,492	4,460
K	535	459	596
I	755	691	660
II	747	673	619
III	694	816	695
IV	693	648	670
V	650	666	614
VI	636	503	606
TOTAL	4,710	4,492	4,460
AULAS ESPECIALES	4	4	7
INSTALACIONES DE SALUD	5	5	5

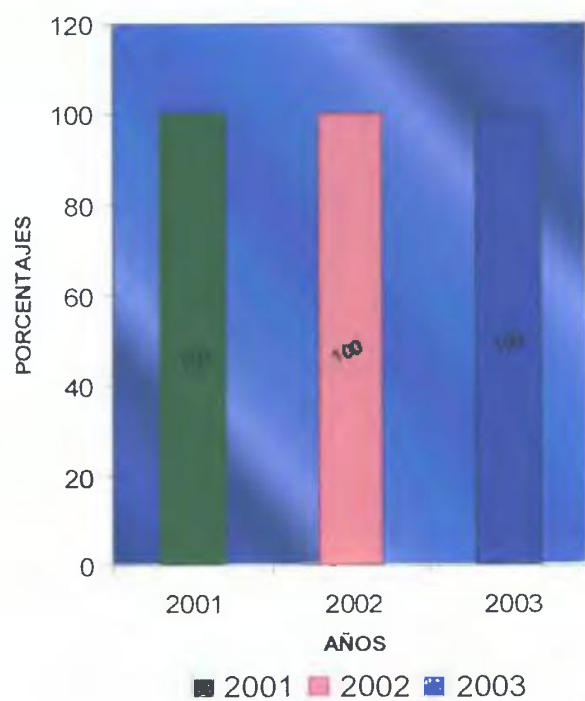
**GRÁFICA N° 1. COBERTURA DE CRECIMIENTO
Y DESARROLLO DEL PROGRAMA ESCOLAR EN
LAS ESCUELAS DEL DISTRITO DE PENONOMÉ
AÑO 2001 - 2003**



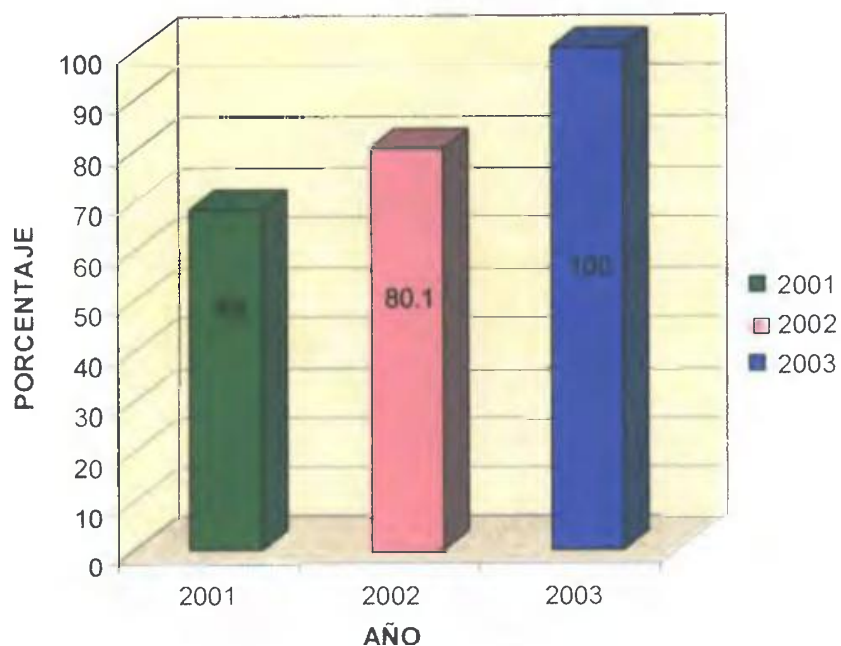
GRÁFICA N°2. ESCOLARES QUE INGRESAN CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNA (K Y I) DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR EN LAS ESCUELAS DEL DISTRITO DE PENONOMÉ AÑO 2001 - 2003



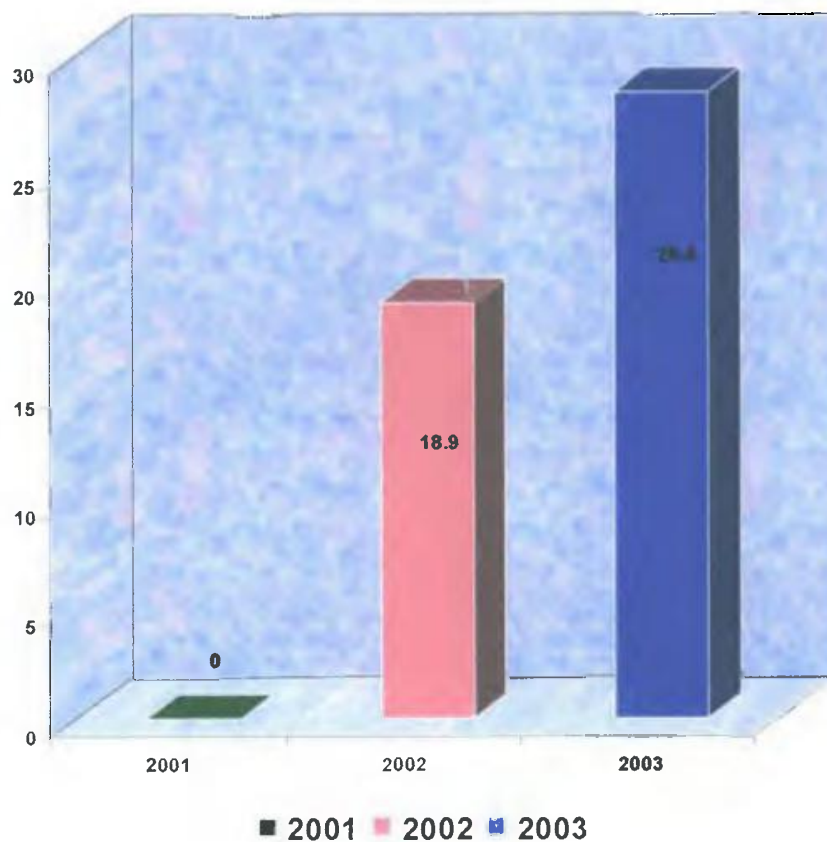
**GRÁFICA N° 3. ESCOLARES DE K Y I QUE COMPLETAN SU ESQUEMA DE VACUNA DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR EN LAS ESCUELAS DEL DISTRITO DE PENONOMÉ
AÑO 2001 - 2003.**



**GRÁFICA N° 4. ESCOLARES DE VI
GRADO CON ESQUEMA COMPLETO
DE VACUNAS DEL PROGRAMA
DE SALUD ESCOLAR EN LAS
ESCUELAS DEL DISTRITO DE
PENONOMÉ AÑO 2001 - 2003**



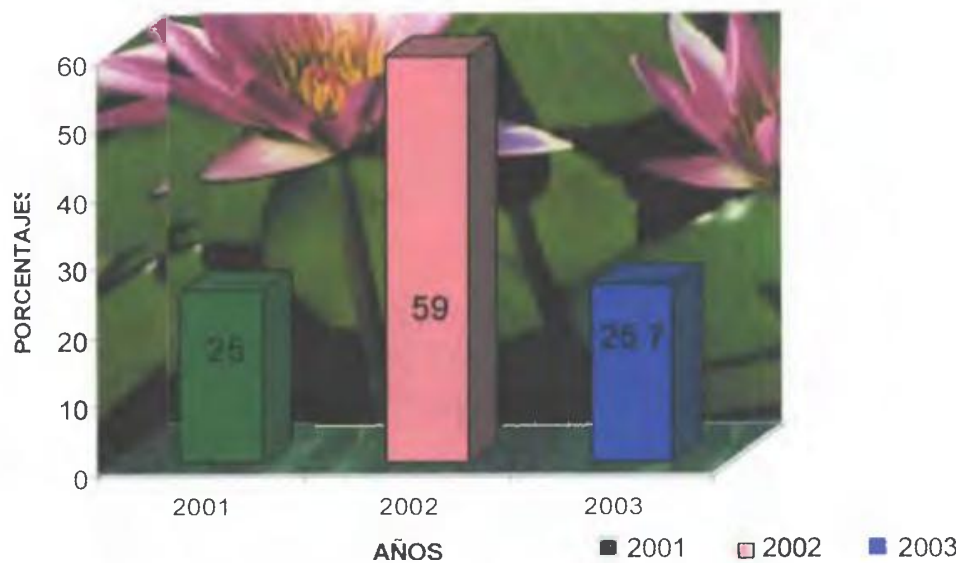
**GRÁFICA N° 5. PRUEBAS DE VISION
REALIZADA EN EL PROGRAMA DE SALUD
ESCOLAR EN LAS ESCUELAS DEL
DISTRITO DE PENONOMÉ
AÑO 2001 - 2003**



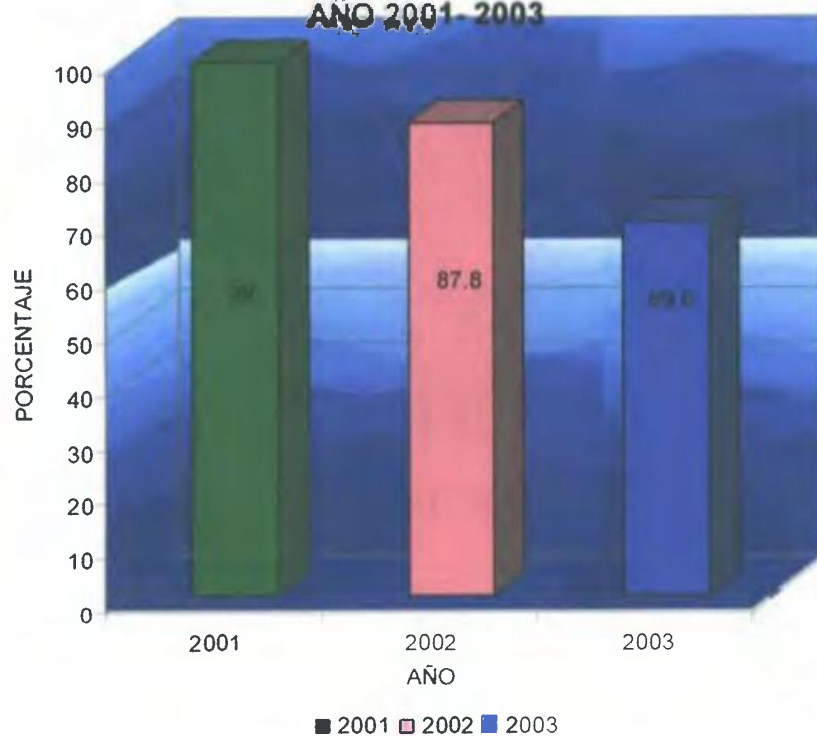
**GRÁFICA Nº 6. PRUEBAS DE AUDICIÓN
REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE
SALUD ESCOLAR EN LAS ESCUELAS
DEL DISTRITO DE PENONOMÉ
AÑO 2001 - 2003**



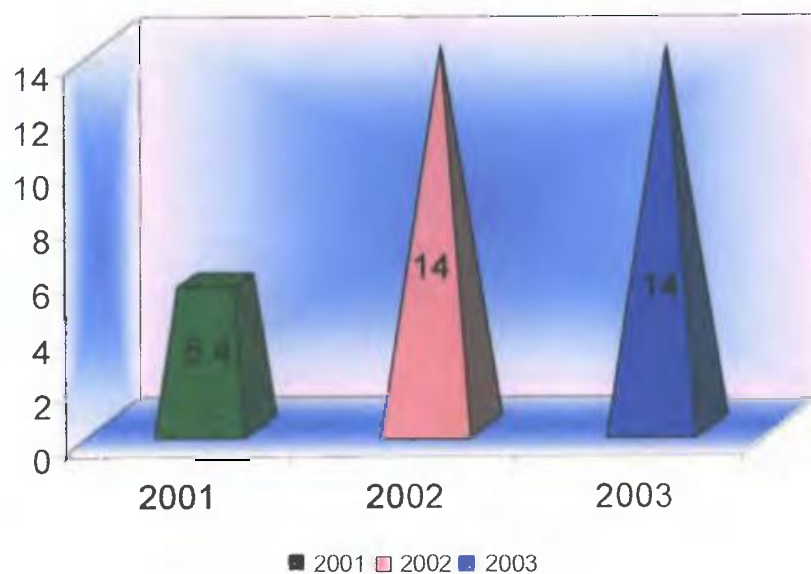
GRÁFICA N° 7.
NIÑOS DE VI CON CONSTANCIA DE CERTIFICADO
DE SALUD DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR
EN LAS ESCUELAS DEL DISTRITO
DE PENONOMÉ
AÑO 2001-2003



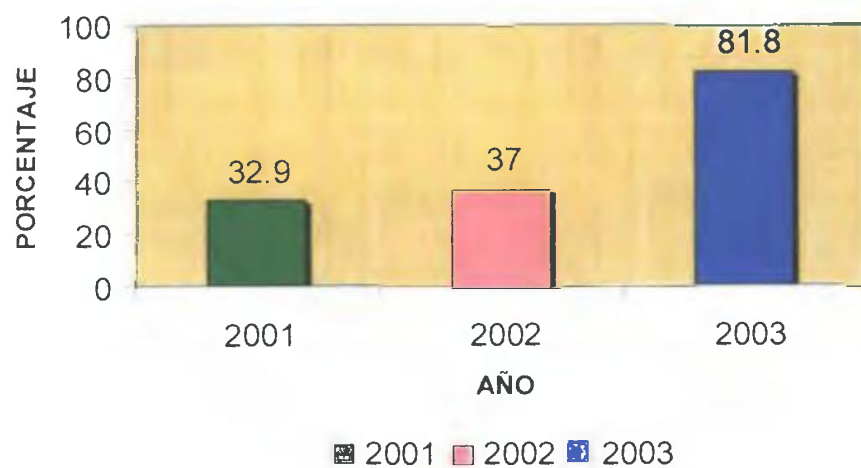
**GRÁFICA Nº 8. ESCOLARES ENCUESTADOS
EN CUANTO A ESTADO NUTRICIONAL DEL
PROGRAMA DEL SALUD ESCOLAR EN LAS
ESCUELAS DEL DISTRITO DE PENONOMÉ
AÑO 2001-2003**



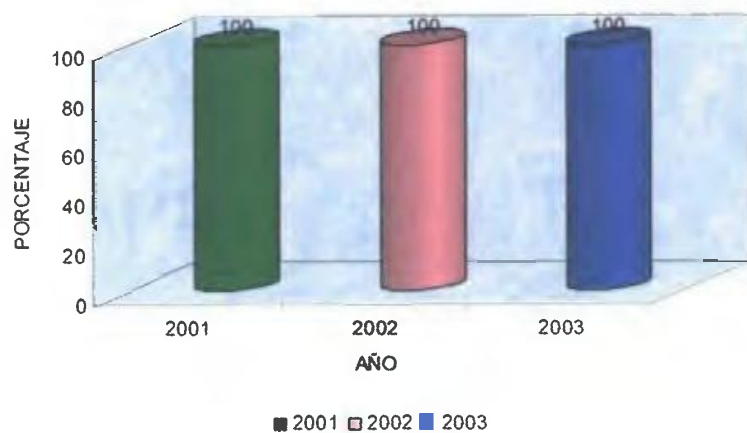
**GRÁFICA Nº 9. BAJO PESO EN ESCOLARES
MATRICULADOS (K, I Y II) SEGUN PESO Y
TALLA DEL PROGRAMA DE SALUD
ESCOLAR EN LAS ESCUELAS DEL
DISTRITO DE PENONOME
AÑO 2001 - 2003**



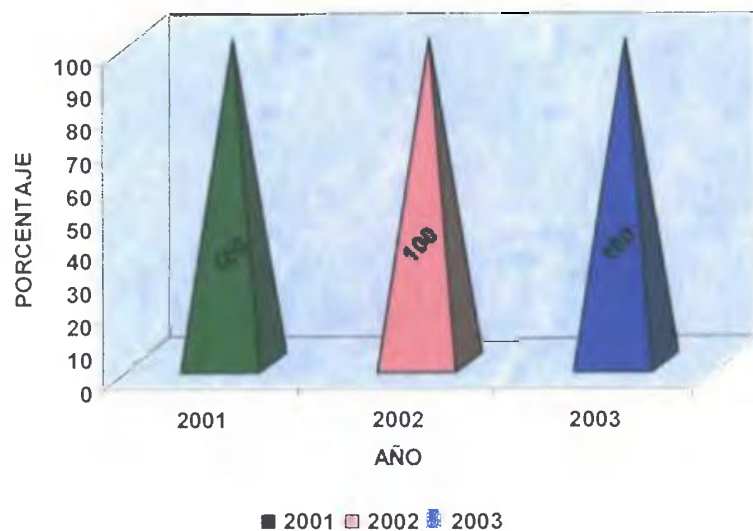
**GRÁFICA Nº 10. ESCOLARES RECUPERADOS
DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR
EN LAS ESCUELAS DEL DISTRITO DE
PENONOMÉ AÑO 2001 - 2003**



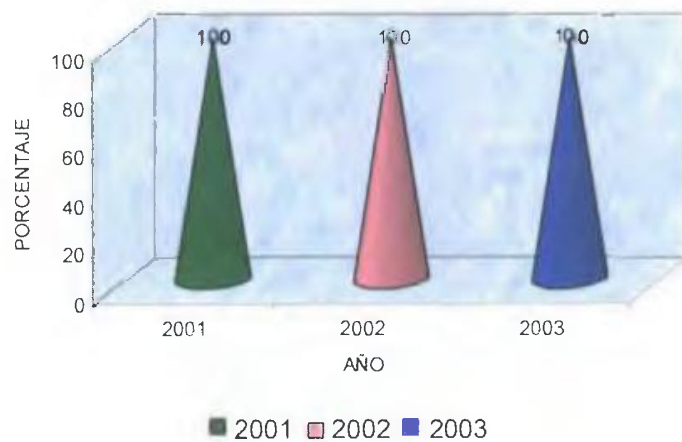
**GRÁFICA N° 11. ESCOLARES A QUIENES SE
LES ENSEÑA TÉCNICA DE CEPILLADO EN
EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR DE LAS
ESCUELAS DEL DISTRITO DE PENONOME
AÑO 2001 - 2003**



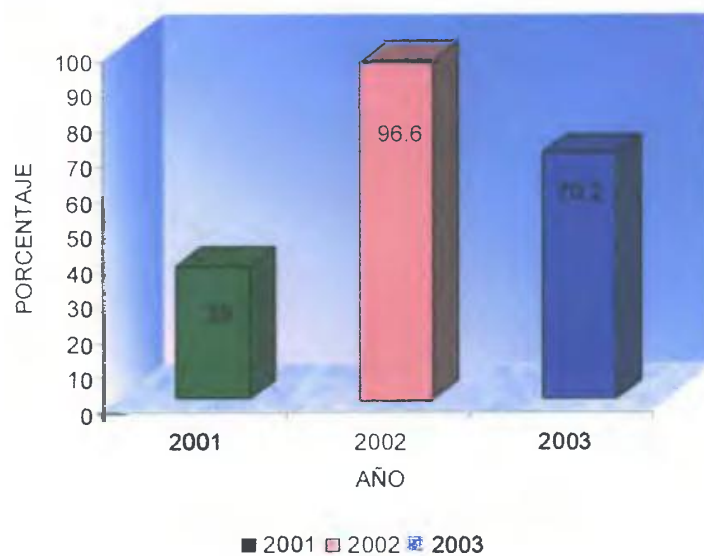
**GRÁFICA N° 12. ESCOLARES PROTEGIDOS CON
FLUOR EN EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR DE
LAS ESCUELAS DEL DISTRITO DE PENONOMÉ
AÑO 2001 - 2003**



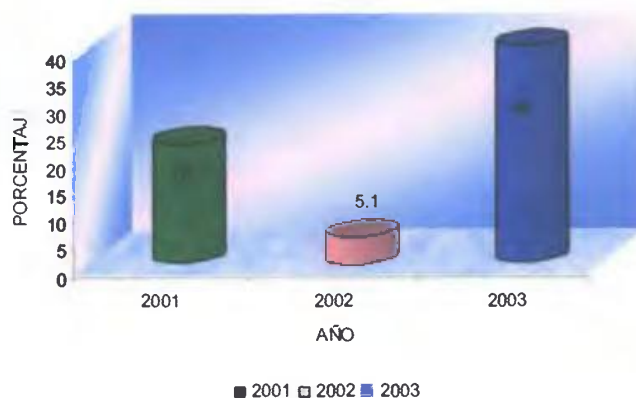
**GRÁFICA N° 13. ESCOLARES CON TRATAMIENTOS
TERMINADOS EN EL PROGRAMA DE SALUD
ESCOLAR DE LAS ESCUELAS DEL
DISTRITO DE PENONOMÉ
AÑO 2001 - 2003**



**GRÁFICA N° 14. EDIFICIOS ESCOLARES
INPECCIONADOS EN EL PROGRAMA DE
SALUD ESCOLAR EN LAS ESCUELAS
DEL DISTRITO DE PENONOMÉ
AÑO 2001 - 2003**



**GRÁFICA N° 15. EDIFICIOS ESCOLARES
MEJORADOS EN EL PROGRAMA DE
SALUD ESCOLAR EN LAS ESCUELAS
DEL DISTRITO DE PENONOMÉ
AÑO 2001 - 2003**



GRÁFICA N° 16

**MANIPULADORES CAPACITADOS EN EL
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR EN LAS
ESCUELAS DEL DISTRITO DE
PENONOMÉ AÑO 2001 - 2003**

